

Rauha Heikkilä
Matti Mäkelä
(toim.)

Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa

RAPORTTI



RAPORTTI 9 /2015

Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa

Rauha Heikkilä & Matti Mäkelä
(toim.)



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-477-9 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-478-6 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN::978-952-302-478-6>

Raportti 9/2015

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2015

ESIPUHE

Ikääntyneiden hoidon suuntaviivoissa tapahtui valtakunnan tasolla merkittävä edistysaskel, kun vuoden 2013 astui asteittain voimaan *laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* (vanhuspalvelulaki) (980/2012). Siihen saakka ikäihmisten oikeutta hyvään hoitoon ja palveluihin määriteltiin yleisen kehyslainsäädännön ja laatusuositusten avulla. Vanhuspalvelulaissa on vahva kannanotto siitä, että iäkkäillä on oikeus hyvään hoitoon ja palveluun. Lain 19 §:n mukaan ”Iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito.” Palveluprosessin keskiössä on huolella ja ammattitaidolla yhdessä iäkkään henkilön kanssa tehty toimintakyvyn arviointi monipuolisesti päteviä mittareita käyttäen. Laki vahvistaa toimintakyvyn ja palveluntarpeen selvittämisen sekä palvelusuunnitelman painoarvoa päätöksentekoa ohjaavina tekijöinä.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksella on ollut jo vuodesta 2001 asti käytössä kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä RAI. Se on asiakkaan arviointiväline, joka täyttää vanhuspalvelulain vaatimukset monipuolisesta palvelutarpeen arvioinnista. Sen hyöty on, että useita erillisiä mittareita ei tarvitse käyttää. RAI-järjestelmän avulla palvelutarve arvioidaan kattavasti. Tämän perustella voidaan määritellä asiakkaiden tarvitsemat palvelut sekä tarvittava henkilöstön määrä ja osaaminen. RAI-järjestelmä mahdollistaa myös hoidon laadun ja kustannusten mittaamisen hoitoketjussa. RAI on täten myös työväline päätöksenteon ja johtamisen tueksi. Sen avulla on seurattu ammatillista hoidon ja palveluiden laatua sekä kehitetty toimintaa yhteistyössä kuntien ja palveluntuottajien kanssa. RAI vertailutieto on näyttöön perustuvaa tietoa ja vertailutieto hyvistä käytännöistä perustuu yhteistyöhön kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien ja nykyään Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Ikääntyneet, vammaiset ja toimintakyky-yksikön kanssa.

Valtaosa työstä tehdään kentällä, RAI:n käyttö on laajentunut siten, että palvelutarpeen arvioinnin osakseen saaneiden henkilöiden lukumäärä on kasvanut vuosittain ja kattaa noin kolmasosan kaikista Suomen vanhuspalveluita säännöllisesti saaneista henkilöistä. Käyttäjien joukossa on sekä julkisia että yleishyödyllisiä ja yksityisiä organisaatioita. RAI –järjestelmää käytetään kotihoidossa, tavallisesta ja tehostetusta palveluasumisesta, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaissosastoilla, mielenterveyshoidossa ja akuuttisairaanhoidossa.

RAI-järjestelmään sisältyvien laadun indikaattorien ja asiakasrakennetta kuvaavien tietojen avulla on mahdollista verrata omaa toimintaa muihin samankaltaista asiakaskuntaa palveleviin organisaatioihin. Lisäksi RAI-vertailukehittäminen auttaa organisaatioita hahmottamaan oman organisaation kehittämiskohteita sekä millä alueilla toiminta on vähintään yhtä hyvää ja millä alueilla parempaa kuin verrokeilla.

SOTE:n ja muiden uudistusten tullessa on erityisen tärkeää nähdä kirkkaasti mikä muuttui – siinä vertailukehittäminen ja THL:n indikaattorit pyrkivät auttamaan päätöksentekijöitä kentällä – niin yksilöllisessä kuin alueiden isoissa päätöksissä.

Tämä juhlakirja on antaa perusteellisen kuvan RAI vertailukehittämisestä, sen historiasta, asettumisesta kansainväliseen kenttään. Iäkkään ihmisen tarpeen mukainen hoito edellyttää osaamista sekä hoitotyössä että johtamisessa. On mahdollista olla hyvä vanhustyön osaaja. Tämä kirja kertoo ennen kaikkea onnistumisista. Onnistumiset vaativat pitkäjänteistä työtä, yhdessä tekemistä ja hyvää johtamista.

Helsingissä, 1.6.2015

Marja Vaarama

Professori, Johtaja
Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos

KIRJOITTAJAT

Allén-Oikari Laila, erikoissairaanhoidaja (sisätauti ja geriatria), osastonhoitaja, geriatrinen avokuntoutus, yleislääketieteen- ja geriatrian palvelulinja, Sairaala- ja kuntoutuspalvelut, Tampereen kaupunki

Andreassen Paula, MIH, kehittämispäällikkö, läkkää, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö, Hyvinvointiosasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Björkgren Magnus, FT, projektipäällikkö, Jyväskylän yliopisto
Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Dahlberg Tuija, sisätauti-kirurginen sairaanhoidaja, osastonhoitaja, Riistavuoren monipuolinen palvelukeskus, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Finne-Soveri Harriet, geriatrian dosentti, tutkimusprofessori, läkkää, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö, Hyvinvointiosasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Hammar Teija, TtT (terveystalous), erikoistutkija, läkkää, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö, Hyvinvointiosasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Heikkilä Rauha, TtM, kehittämispäällikkö, läkkää, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö, Hyvinvointiosasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Husu Heidi, rakenteisen kirjaamisen asiantuntijasairaanhoitaja, Turun Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Hyttinen Maija, HM, palvelupäällikkö, Kontulan monipuolinen palvelukeskus, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Jaakkola Virpi, TtM, ylihoitaja, Psykiatria- ja päihdepalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Kan Suvi, THM, ylihoitaja, Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Kouhi Sari, mielenterveyshoitaja, Hatanpään puistosairaala, Sairaala- ja kuntoutuspalvelut, Tampereen kaupunki

Kuosmanen-Finér Ritva, erikoissairaanhoidaja, osastonhoitaja, Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Kärki Jaana, terveydenhoitaja, osastonhoitaja, Kivelän monipuolinen palvelukeskus, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluosasto, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Lankinen Eija, psykiatrinen erikoissairaanhoidaja, osastonhoitaja, Hatanpään puistosairaala, Sairaala- ja kuntoutuspalvelut, Tampereen kaupunki

Laaksonen Tiina, RAI-asiantuntijasairaanhoitaja, apulaisosastonhoitaja, Turun Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Leinikka Niina, vastaava ohjaaja, Lilinkotisäätiö

Lindh Jaana, osastonhoitaja, Betesda-säätiö

Majanmaa Leena, sairaanhoidaja, hoitotyön asiantuntija, asumispalveluiden hallinto, Tampereen kaupunki

Myllymäki Pirjo, diakonissa-sairaanhoitaja, osastonhoitaja, Kontulan monipuolinen palvelukeskus, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Mäkelä Matti, LT, geriatrian erikoislääkäri, ylilääkäri, läkkää, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö, Hyvinvointiosasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Mäkinen Leila, HM, kotihoidon koordinaattori,
kotihoito hallinto,
Tampereen kaupunki

Niemelä Katriina, TtM, asiantuntija,
vanhuspalvelut, Oulun kaupunki,
GeroFuture Oy

Niemi Monica, MSc, Utvecklingschef,
Samfundet Folkhälsan

Noro Anja, gerontologian dosentti,
tutkimusprofessori,
lääkät, vammaiset ja toimintakyky
-yksikkö, Hyvinvointiosasto,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Pentikäinen Kirsi, sairaanhoitaja, KTM,
suunnittelija,
Selvitys-, Arviointi- ja Sijoitus,
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluosasto,
Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto

Puotiniemi Tiina, TtM, kehittämisspäälikkö,
Oulun yliopistollinen sairaala,
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Richardsson Gunilla, TtM, osastonhoitaja,
psykiatrian yksikkö, Vaasan keskussairaala,
Vaasan sairaanhoitopiiri

Riila Mari, TtM, hoitotyön asiantuntija,
Henkilöstö- ja kehittämisspalvelut,
Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

Sohlman Britta, FT, kehittämisspäälikkö,
lääkät, vammaiset ja toimintakyky
-yksikkö, Hyvinvointiosasto,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tirronen Anniina, HM, vs. tilaajapäällikkö,
Tampereen kaupunki

Vesa Marjo, KM, suunnitteluspäälikkö,
Tampereen kaupunki

Viitanen Birgit, vastaava ostopalvelu-
suunnittelija,
Tampereen kaupunki

Vähäkangas Pia, TtT, sosiaali- ja terveysjohta-
ja, asiantuntija,
Sosiaali- ja terveysvirasto Pietarsaaren alue,
GeroFuture Oy

TIIVISTELMÄ

Rauha Heikkilä, Matti Mäkelä (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 9/2015. 182 sivua. ISBN 978-952-302-477-9 (painettu), ISBN 978-952-302-478-6 (verkko), Helsinki 2015.

RAI on kansainvälinen arviointijärjestelmä, joka rantautui Suomeen 2000-luvun alussa. Alusta asti RAI-vertailukehittämisessä tavoitteena on ollut oppia parhaista käytännöistä, jotka löytyvät näytön ja seurannan perusteella. Tätä varten on luotu yhteistyöverkosto ja toimintaa tukee myös puolen vuoden välein pidettävät RAI-seminaarit. Hyvien käytäntöjen leviämisessä – onnistumisissa – edesauttaa vertailutiedon avoimuus. Vaikka julkisuutta tarvitaan, on muistettava että yksittäisen henkilön salaisuutta ei paljasteta ulkopuolisille. On luotettava vertailun reiluuteen.

Raportissa julkaistavat artikkelit onnistumisen prosesseista kuvaavat RAI-järjestelmästä saatavan tiedon hyödyntämisen mahdollisuuksia henkilön palveluiden ja hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä toiminnan kehittämisessä ja johtamisen välineenä. Työntekijöiden ammatillisessa kasvu- ja työssä oppimisprosessissa kehittyä myös RAI-osaaminen, jotka yhdessä vaikuttavat yksikön hoitokäytäntöjen kehittymiseen. Tärkeää on se, että käytettävä tieto on totta. RAI-perehtymisprosessin tavoitteena on, että työntekijä ymmärtää RAI-arvioinnin sisällön ja tarkoituksen. Perehdytysprosessin jälkeen työntekijä pystyy hyödyntämään RAI-arviointitietoa henkilön hoidossa. RAI:n käyttöönoton myötä organisaatiot ovat omassa tahdissa oppineet kiinnittämään huomiota RAI:n esiin tuomiin laatutekijöihin. Systemaattisen ja pitkäjänteisen työn avulla on tapahtunut kohenemista hoidon laadun monella eri osa-alueella. Palveluntuottajan näkökulmasta on tarkasteltu mm. kuntoutumista edistävää toimintaa, aktivoivan arjen mallin toteuttamista. Muutos on mahdollista, mutta se edellyttää johtamista. Kun RAI on osana johtamisjärjestelmää, niin siitä saatavan tiedon avulla voidaan asettaa toiminnalle tavoitteita ja arvioida kehittämistyön tuloksia. Laatu on tehtävä näkyväksi.

RAI:sta saatavan tiedon avulla voidaan vertailla ammatillisen hoidon laatua sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Laadun osoittimien on oltava sellaisia, jotka ovat merkityksellisiä, luotettavia ja vertailukelpoisia, kuten RAI-järjestelmän laatuindikaattorit. Suomalainen vanhuspalvelujen laatu näyttää kansainvälisessä vertailussa sijoittuvan hyvän ja huonon keskivälille; moni asia on 2000-luvun alusta kehittynyt myönteisesti, ja Suomella on hyvät edellytykset rakentaa vanhuspalvelunsa tulevana vuosina mallikelpoiksi. Kansainväliset ja kansalliset vertailut vahvistavat sen, että ammatillista hoidon laatua mahdoton ilmaista yhdellä luvulla tai tarkastella yhtä osa-aluetta.

Avainsanat: RAI, iäkkäät henkilöt, vanhuspalvelut, toimintakyky, hoidon laatu, osaaminen, vertailu

SAMMANFATTNING

Rauha Heikkilä, Matti Mäkelä (red.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa [Framgång – RAI-benchmarking 15 år i Finland]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 9/2015. 182 sidor. ISBN 978-952-302-477-9 (tryckt), ISBN 978-952-302-478-6 (nätpublikation), Helsingfors 2015.

RAI är ett internationellt bedömningssystem som kom till Finland i början av 2000-talet. Från första början har syftet med RAI-benchmarkingen varit att ta lärdom av bästa praxis, som identifieras utifrån resultat och uppföljning. I detta syfte har man skapat ett samarbetsnätverk och verksamheten stöds dessutom av RAI-seminarierna som ordnas var sjätte månad. Benchmarkingens öppenhet främjar spridningen av bästa praxis – framgångarna. Trots att offentlighet behövs är det viktigt att minnas att enskilda personers hemligheter inte får avslöjas för utomstående. Man måste lita på att benchmarkingen är rättvis.

De artiklar om framgångsprocesserna som publiceras i rapporten beskriver möjligheterna att dra nytta av informationen i RAI-systemet i samband med planeringen och genomförandet av en persons service och vård samt som ett verktyg för utveckling och ledarskap. Jämsides med personalens yrkesmässiga utveckling och inläring i arbetet mognar också RAI-kompetensen och tillsammans inverkar de på utvecklingen av enhetens vårdpraxis. Det är viktigt att den information som används är sanningsenlig. Syftet med RAI-inskolningen är att personalen förstår innehållet i och avsikten med RAI-bedömningen. Efter inskolningsprocessen kan personalen dra nytta av RAI-informationen i en persons vård. I takt med att RAI-bedömning införts har organisationerna i sin egen takt lärt sig att beakta de kvalitetsfaktorer som RAI-systemet identifierar. Med hjälp av systematiskt och långsiktigt arbete har vårdkvaliteten förbättrats på många delområden. Ur vårdgivarens perspektiv har man granskat bland annat verksamhet som främjar rehabilitering och införandet av en modell för en aktiverande vardag. En förändring är möjlig men kräver ledarskap. När RAI-bedömningen är en del av ledningssystemet kan den information som bedömningen ger användas till att ställa upp mål för verksamheten och utvärdera resultaten av utvecklingsarbetet. Kvaliteten måste synliggöras.

Med hjälp av den information som RAI-systemet genererar kan man jämföra den yrkesmässiga vårdens kvalitet på såväl nationell som internationell nivå. Kvalitetsindikatorerna ska vara relevanta, tillförlitliga och jämförbara, precis som kvalitetsindikatorerna i RAI-systemet. Kvaliteten på den finländska äldreomsorgen verkar placera sig någonstans mellan bra och dålig vid internationell jämförelse. Mycket har utvecklats i positiv riktning sedan början av 2000-talet och Finland har utmärkta förutsättningar att bygga upp en föredömlig äldreomsorg under de kommande åren. Nationella och internationella jämförelser bekräftar att det är omöjligt att bedöma den yrkesmässiga vårdens kvalitet med en siffra eller att granska ett enskilt delområde av den.

Nyckelord: RAI, äldre, äldreomsorg, funktionsförmåga, vårdkvalitet, kompetens, jämförelse

ABSTRACT

Rauha Heikkilä, Matti Mäkelä (ed.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa [Success – RAI benchmarking, 15 years in Finland]. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). National Institute for Health and Welfare (THL). Report 9/2015. 182 pages. ISBN 978-952-302-477-9 (printed), ISBN 978-952-302-478-6 (web), Helsinki Finland 2015.

The international RAI assessment system came to Finland in the early 2000s. Learning from best practices identified on the basis of evidence and monitoring has been the aim of RAI benchmarking from the very beginning. For this purpose, a co-operation network has been created and operations have been supported by RAI seminars held at six-month intervals. The openness of comparison data promotes the dissemination of best practices, i.e. success stories. Publicity is, of course, necessary but we must bear in mind that private confidential data cannot be disclosed to outsiders. We must rely on the fairness of comparisons.

Articles published in the report and focusing on successful processes describe the potential for exploiting information available from the RAI system in the planning and implementation of services and the care of individuals, as well as in operational development and as a management tool. The process involved in employees' professional growth and learning-at-work also advances RAI skills. Combined, these influence the development of a unit's care practices. The key issue is that the information used be truthful. The aim of the RAI induction process is to enable employees to comprehend the contents and purpose of the RAI assessment. Following this process, employees can make use of RAI assessment data in the care of individuals. The introduction of RAI has enabled organisations to attend to the quality factors highlighted by RAI at their own pace. Systematic, long-term efforts have enhanced the quality of care in a range of sectors. Activities that promote rehabilitation, i.e. the implementation of the model for activating daily life on a permanent basis, have been reviewed from the service provider's perspective. Change is possible but will require the requisite management. With RAI integrated into the management system, the information it provides can be used for setting goals for various activities and assessing the results of development efforts. Quality must be rendered visible.

The information gained from RAI facilitates the national and international assessment of the quality of professional care. Like the quality indicators in the RAI system, any quality indicators used must be relevant, reliable and comparable. In international comparisons, the quality of services for the elderly in Finland seems to rank midway between good and poor. Many issues have seen positive development since the early 2000s and Finland has strong preconditions for building exemplary services for the elderly in the years to come. International and national comparisons prove that the quality of professional care is impossible to indicate using one figure only, or by examining just one sector.

Keywords: RAI, the elderly, services for the elderly, functional capacity, quality of care, competence, comparison

SISÄLLYS

Esipuhe	
Kirjoittajat	
Tiivistelmä	
Sammanfattning	
Asbract	
Sisälllys	
Lyhenteitä	12

1 Visio Suomesta 2025 – RAI-vertailukehittäminen 15

1.1 Pilotista kansalliseksi tavaksi toimia	16
<i>Anja Noro</i>	
1.2 Yksityisestä tiedosta kohti avointa tietoa	20
<i>Matti Mäkelä</i>	
1.3 Tarpeisiin vastaamalla laatua vanhuspalveluihin	24
<i>Harriet Finne-Soveri</i>	

2 Onnistumisen prosesseja – RAI apuna kehittämisessä 43

Johdanto	44
--------------------	----

2.1 Organisaatiolähtöisistä asiakkaan näköisiin palveluihin 46

Aloittelijasta asiantuntijaksi – RAI-arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua.	46
<i>Rauha Heikkilä, Teija Hammar, Britta Sohlman, Paula Andreassen & Harriet Finne-Soveri</i>	

Mielenterveystyön RAI-arviointitietojen hyödyntäminen hoitoprosessissa.	58
<i>Britta Sohlman, Heidi Husu, Virpi Jaakkola, Tiina Laaksonen, Niina Leinikka, Jaana Lindh, Tiina Puotiniemi & Gunilla Richardsson</i>	

Perehtymismateriaali RAI-arviointiin	65
<i>Maija Hyttinen & Pirjo Myllymäki</i>	

2.2 Palveluntuottajat laadun kehittäjinä 73

Konkreta förbättringar leder till verklig nytta i vardagen	73
<i>Monica Niemi</i>	

RAI johtamisen ja kehittämisen tukena Kustaankartanossa	85
<i>Suvi Kan & Ritva Kuosmanen-Finér</i>	

Matka monipuoliseksi palvelukeskukseksi	95
<i>Mari Riila & Tuija Dahlberg</i>	

Asukkaiden kuntoutumista edistävä toiminta – Muutoksen johtaminen Kivelän monipuolisessa palvelukeskuksessa	102
<i>Jaana Kärki & Kirsi Pentikäinen</i>	
RAI-tieto osaamisen ja kehittämisen tukena	115
<i>Leila Mäkinen, Leena Majanmaa, Laila Allén-Oikari, Eija Lankinen & Sari Kouhi</i>	
2.3 Johtaminen vanhuspalveluissa	128
RUG-tuotteistus palvelujen järjestämisen johtaminen tukena Tampereen ikäihmisten palveluissa.	128
<i>Rauha Heikkilä Anniina Tirronen, Magnus Björkgren, Birgit Viitanen & Marjo Vesa</i>	
Vuodeosastoista aktiiviseen asumiseen	139
<i>Pia Vähäkangas & Katriina Niemelä</i>	
3 Yhdessä eteenpäin	153
3.1 RAI-toimintaa 15 vuotta.	154
<i>Harriet Finne-Soveri</i>	
3.2 Hyvä vai huono Suomi	167
<i>Harriet Finne-Soveri</i>	
3.3 Suomalainen vanhusten palvelu malliksi maailmalle.	178
<i>Matti Mäkelä</i>	

LYHENTEITÄ

ADL	Activities of Daily Living. Päivittäiset toiminnot. Arkisuoriutumisen. Perustoiminnot
ADL-H_6	Activities of Daily Living Hierarchy. RAI-järjestelmään sisältyvä hierarkkinen ADL-mittari.
ADL-L_28	ADL Long-Form Scale, ADL_long. Päivittäistä suoriutumista mittaavien kysymysten summamuuttuja.
ADL-RUG_15 (RUG/22, RUG/18)	Activities Daily Living-Resource Utilization Groups. RUG-III-luokitukseen
ADL-RUG_18 (RUG/34)	liittyviä ADL-mittareita. Mittarit huomioivat päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön, siirtymisen ja syömisen.
BMI	Body Mass Index. Kehon painoindeksi.
CHESS_5	The MDS-Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs. Asiakkaan terveydentilan vakautta ja ennustetta kuvaava asteikko.
CAPs	Client Assessment Protocols. Lista hoidon suunnittelussa huomioitavista asiakkaan voimavaroista. Hoidon suunnittelun päätöksentuen apuvälineitä.
CPS_6	Cognitive Performance Scale. Kognitiivisten toimintojen asteikko.
CMI	Case Mix Index. Kustannuspaino.
DRS_14	Depression Rating Scale. MDS, Minimum Data Set -tietopohjaan perustuva RAI-järjestelmään sisältyvä masennuksen seulontamittari.
IADL_6	Instrumental Activities of Daily Living. Päivittäiset välinetoiminnot. Suoriutuminen perustoiminnoista vaativammista arkitoiminnoista.
interRAI-AC ja PAC	interRAI Acute and Post-Acute Care. Akuutisairaalahoidon ja sitä seuraavaan kuntoutusvaiheeseen suunnitellut interRAI-välineet.
interRAI-CA	interRAI Contact Assessment. Palvelujen seulontaan suunniteltu interRAI-väline.
interRAI-ChYMH	interRAI Child and Youth Mental Health. Lasten ja nuorten mielenterveystyöhön suunniteltu interRAI-väline.
interRAI-CMH	interRAI Community Mental Health. Mielenterveystyön avohoitona.
interRAI-ESP	interRAI Emergency Screener for Psychiatry. Mielenterveystyön akuuttitilanteen arviointi
interRAI-ID	interRAI Intellectual Disability. Kehitysvammatyöhön suunniteltu interRAI-väline.
interRAI-MH	interRAI Mental Health. Mielenterveystyön ympärivuorokautiseen hoitoon suunniteltu interRAI-väline.
MAPLe_5	Method for Assigning Priority Levels. Ympäri vuorokautista palvelutarvetta kuvaava RAI-järjestelmään sisältyvä asteikko.

OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö.
RAI	Resident Assessment Instrument. Asiakkaan palvelutarpeiden arviointimenetelmä.
RAI-järjestelmä	Minimum Data Set tai sen 2006 uudistettuun interRAI- kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä palvelu- ja hoitosuunnitelman apuvälineet.
RAI-HC	RAI Home Care. Perustuu kotihoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2.0) kysymyslomakkeistoon.
RAI-LTC	RAI Long Term Care. Perustuu laitoshoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2.0) kysymyslomakkeistoon.
RUG	Resource Utilization Groups. Kustannusnäkökulmainen RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava luokitus.
RUG-III	RAI-järjestelmään sisältyvän Resource Utilization Groups -luokituksen kolmas versio.
RUG-III HC/22	Resource Utilization Groups -luokituksen RAI-HC-asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 22 alaluokkaa.
RUG-III LTC/34	Resource Utilization Groups -luokituksen RAI-LTC-asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 34 alaluokkaa.
RUG-III/18	Resource Utilization Groups -luokituksen HC- ja LTC-välineiden yhtenäinen asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 18 alaluokkaa.
WHO	World Health Organization. Maailman terveysjärjestö on ihmisten terveyteen keskittyvä Yhdistyneiden kansakuntien erityisjärjestö.

VISIO SUOMESTA 2025 ∞ RAI-VERTAILUKEHITTÄMINEN



1.1 Pilotista kansalliseksi tavaksi toimia

Anja Noro

Johdattelua

Vertailukehittäminen eli benchmarking tarkoittaa parhaimmista käytännöistä oppimista ja yhdessä tekemistä. Se on myös yhdessä kehittämistä ja yhdessä oppimista. Tämä prosessin aloitimme vuonna 1999 pilottiin osallistuneiden yksiköiden kanssa. Ensimmäinen vertailukehittämisen pilotti alkoi vuonna 2000.

Pilottivuoden alkaessa oli jo monta vaihetta takana ja hyvin monta uutta edessä. Intoa tihkuen aloittelimme vertailukehittämisen ensimmäistä vuotta: koulutusta, sofitaa, arviointeja, toiminta- ja kustannustietojen keräystä. Aivoissa takoi muutoksen mahdollisuus, uusien toimintatapojen luominen, uudenlainen tiedon käyttö hoidon suunnittelussa ja johtamisessa. Hienolta kalskahtavat sanat hipoivat ymmärryksen rajoja: vertailutietokanta, cognos tietokantakuutio, salasana, keskustelualusta, tiedonsiirto, vertailupalaute, tiedon hyödyntäminen, laatuindikaattorit, asiakasrakenne. Yhteistyöstä kertoivat käsitteet: Aloitustyökokous, palautekokous, johtoryhmä, projektiryhmä, yhteisrahoitus, sopimus. Uuden tiedon tuottamiseen liittyvät asiat kuten eettisen toimikunnan lausunnot, tietosuojan varmistaminen, rekisteriselosteet, ym. ym. Mutta mitä tästä kaikesta innostuksesta lopulta seurasi?

Mitä tavoiteltiin?

Tietoa siitä millaisia palvelutarpeita ja ongelmia pitkäaikaisessa hoidossa olevilla iäkkäillä oli Suomessa tai ainakin Helsingissä, Kokkolassa, Porvoossa, Folkhälsanilla tai Helsingin Diakonissalaitoksella. Ja poikkesivatko nämä toisistaan eri osallistujilla ja millä tavalla. Suurena läpileikkaavana tavoitteena oli edistää pitkäaikaisessa hoidossa olevien iäkkäiden yhdenvertaisuutta, asiakkaiden tasa-arvoa ja oikeudenmukaista kohtelua, parempaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta tai ainakin tietoa siitä mikä laadun taso oli Suomessa tuolloin. Uteliaisuus oli suurta, uutuudenviehätys osin pelotta-vaakin, mutta yhteistyö osallistujien kanssa kantoi ja antoi uskoa asiaan.

Mitä tiedettiin jo silloin?

Iäkkäiden asiakkaiden toimintakyky ja palvelutarve ja hoitosuunnitelmat odottivat selkiyttämistä ja seurantaa. Tieto siitä, miten asiakkaiden kunto koheni tai ylläpysyi odotti tarkentavaa tietoa, vaikka näyttöä kuntouttavan toiminnan vaikuttavuudesta jo olikin, myös iäkkäiden osalta.

Miksi juuri vertailukehittäminen?

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuuden benchmarking oli jo ollut käynnissä Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteistyönä. Siitä saadut hyvät kokemukset ja tarve saada vastaavaa tietoa pitkäaikaisessa hoidettavien vanhusten osalta oli suurta. Juuri tuolloin oli valloillaan laaja keskustelu pitkäaikaishoidon laadusta viiden vahvan naisen alulle panemana.

Vertailukehittämisen tavoitteena on oppia parhaista käytännöistä. Tätä varten tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa, jotta osallistujat saadaan samalle lähtöviivalle. Parhaat käytännöt taas löytyvät näytön ja seurannan perusteella. Tätä näyttöä varten alettiin koota sekä asiakkaiden RAI-arvioinneilla että kokoamalla tietoa osastojen kustannuksista, henkilöstöstä ja toimintamalleista.

Bottom-up approach

Vertailukehittäminen aloitettiin yhteistyöllä pitkäaikaishoitoa antavien osastojen hoitohenkilöstön ja lähiesimiesten kanssa. Hoitajat koulutettiin sekä suorittamaan RAI-arvioinnit että hyödyntämään saamaansa arviointitietoa sekä mittareita mm. kognitiosta, fyysisestä toimintakyvystä ja kivusta asiakkaiden hoitosuunnitelmien teossa. Toimintaan pyrittiin saamaan mukaan myös lääkäreitä ja laitosten ja kotihoidon johtajia. Vuosien varrella on käyty kiinnostavia ja asioita eteenpäin vieviä keskusteluja, joiden perusteella vertailutieto ja vertailukehittäminen ovat kehittyneet ja kehittyvät edelleen.

Hoitosuunnitelmakoulutuksessa sekä THL (ent. Stakes), Chydenius-Instituutti ja sittemmin Raisoft ovat olleet aktiivisia toimijoita.

Vertailujohtaminen – vertailuoppiminen – näyttöön perustuva toiminta

Aloitettaessa toimintaa osastojen hoitohenkilökunnan kanssa havaittiin, että onnistuminen edellyttää myös lähi- ja keskijohdon sitoutumista toimintaan. Vuosien varrella on ollut esimerkkejä siitä, että toiminta ei onnistu ellei johto tuo henkilöstöä, mutta myös hienoja esimerkkejä siitä miten päästään etenemään, jos henkilöstö ja johtajat vetävät yhtä köyttä.

Seminaarit toimintaa tukemassa

Kaksi johtavaa teemaa vertailukehittämisen seminaareissa ovat olleet hoitotyö ja johtaminen. Näiden teemojen ympärillä on pohdittu ravitsemusta, kaatumisia, kipua, henkilöstöä, painehaavoja, toimintamalleja muutamia luetellakseni. Seminaareissa luennoitsijoina ovat olleet asiantuntijoita eri aloilta ja osallistuvista yksiköistä. Alkuvuo-

sina järjestettiin myös *Uusi ote vanhustenhuoltoon* – seminaarisarja, joka oli avoinna kaikille, myös hankkeeseen osallistumattomille.

Johtoryhmät ja ohjausryhmät

Vertailukehittämisessä johtoryhmätyöskentely on mahdollistanut yhteiset linjaukset vuosittaisista toimintasuunnitelmista ja toiminnoista. Se on luonut myös mahdollisuuden keskustella valtakunnalliseen ohjaukseen, kansainvälisestä toiminnasta ja tarvittavista palautetiedoista.

Missä vertailu on auttanut?

Osallistuneet yksiköt ovat löytäneet kehittämiskohteita omasta toiminnastaan ja pysyneet seuraamaan niiden toteutumista omaa yksikköään kuvaavien tunnuslukujen avulla. Mm. lääkityksissä ja niiden käytössä on tapahtunut edistystä ihan kansallisen tason vertailuluvuissa. Vertailu on myös auttanut kohdentamaan henkilöstöä palvelutarpeen perusteella eri toimintayksiköihin. Tällöin päätökselle on ollut tukena asiakasrakennetta kuvaava tieto.

Vertailu on auttanut löytämään toimivia tapoja muuttaa toimintaa ja löytää hyvin toimivia yksiköitä, joista yksiköt ovat voineet käydä tutustumassa toimintaan ja saamaan ideoita omaan toimintaansa. Osallistujat ovat myös palkinneet hyvin toimineita yksiköitä RAI-tulosten perusteella. RAI-vertailutiedoista on myös löydetty sekä hyviä käytäntöjä että paljon toimintaansa parantaneita yksiköitä, joita on palkittu valtakunnallisissa vertailukehittämisen seminaareissa.

Missä onnistuttiin ja mikä oli onnistumisen takana?

Yhteistyöverkoston luominen pitkäaikaista hoitoa antavien osastojen ja laitosten kanssa onnistui, kuten myös kotihoidon yksiköiden kanssa. Yhdessä tehden ja keskustellen hanke on alusta saakka pystynyt tuottamaan tietoa, joka on koettu hyödylliseksi. Kokemukset vertailukehittämisestä ovat levinneet käyttäjien keskuudessa, niin positiiviset kuin negatiivisetkin. Vuosittain vertailukehittämiseen on tullut uusia osallistujia, ja osallistujamäärä kattaa noin 40 % pitkäaikaisen hoidon asiakkaista ja viidenneksen säännöllisestä kotihoitoa saavista asiakkaista. Mukana toiminnassa on niin yksityistä kuin julkista palveluntuotantoa.

Miten vertailutietoa on hyödynnetty?

Vertailutietoa on käytetty oman toiminnan arviointiin yksiköissä, alueilla ja laitoksissa, ja myös oman tason kartoittamiseen verrattuna muihin samankaltaista hoitoa antaviin yksiköihin, ja raportoinnissa omassa organisaatioissa ja päättäjille. Vertailutietoa on myös hyödynnetty tilastoinnissa, tutkimuksessa, väitöskirjoissa ja kansainvälisissä vertailuissa. Viimevuosina RAI-vertailutieto on toiminut tukena valtakunnallisille suosituksille ja lainsäädännölle. Itse asiassa vertailutiedon käytössä vain mielikuvitus on rajana. Toimintatietojen kokoaminen yksiköistä toimi myös pohjan vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannalle.

Miten tästä eteenpäin?

Nyt kun hyvä pohja on yhteiselle toiminnalle on luotu, on aika miettiä kuinka tämä hyvä malli saataisiin käyttöön kaikkialla vanhuspalveluissa ja toiminta edelleen toteutettua yhteistyömäisenä verkostomallina.

LÄHTEET

- Finne-Soveri H, Noro A, Björkgren M, Vähäkangas P. Yksilöllisen arvioinnin tehostaminen, Pohja vanhus- ja pitkäaikaisen laitoshoidon kehittämiseksi. Sairaanhoidaja -Sjusköterskan 2000; 73(5): 19-22.
- Finne-Soveri H, Noro A. RAI – uusi apuväline vanhuspalveluiden suunnitteluun. Sairaala 2000; 62(4): 12-14.
- Finne-Soveri H, Noro A, Björkgren M, Vähäkangas P. Effektivisering av individuell utvärdering, Grunden för utveckling av långvarig institutionsvård för äldre. Sairaanhoidaja – Sjusköterskan 2000; 73(5): 24-26.
- Finne-Soveri H, Noro A, Björkgren M. Saumattomalla yhteistyöllä vanhuspalvelujen laatutyötä. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikashoidon benchmarking. Laatupala. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuverkoston tiedostuslehti 1/2002. ss. 4-6.
- Finne-Soveri H, Noro A. Painehaavat Kustaankartanon vanhuskeskuksessa – vertailusta kehittämiseen. Sairaanhoidaja 2002;75(8):16-17.
- Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A. Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, M223, 2006.
- Noro A, Björkgren M, Finne-Soveri H, Vähäkangas P, Häkkinen U, Storbacka R. RAI-tietojärjestelmän soveltaminen Suomessa. Sairaanhoidaja - Sjusköterskan 2000; 73(5): 23.
- Laine J, Vähäkangas P, Kerppilä S, Storbacka R. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikashoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes, Aiheita 17/2001. Helsinki.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001. RAI -tietojärjestelmän esittely ja kokemuksia pitkäaikashoidon benchmarkingista. RAI -raportti 2/2000. Stakes, Chydenius-Instituutti.
- Noro A, Björkgren M, Finne-Soveri H. RAI:n laitoshoidon laatuindikaattorit johtamisen näkökulmasta – Mitä on vertailukehittäminen? Sairaanhoidaja 2002; 75(6-7):35-37.
- Noro A. RAI-tietojärjestelmä. Teoksessa: Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. toim. Päivärinta E, Haverinen R. Stakes Oppaita 52/2002. ss. 73-75.
- Noro, A. 2003. Vanhusenhuollon RAI-arviointijärjestelmä laajenee kotihoitoon. Chess Online 1/2003, 7.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Raportteja M205, 2005.
- Noro A, Alastalo H (toim.). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL Raportti 13/2014. www.thl.fi/finrai
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U,

1.2 Yksityisestä tiedosta kohti avointa tietoa

Matti Mäkelä

Haluamme onnistua työssämme, haluamme, että asiakkaanamme olevat vanhukset saavat tarvitsemaansa palvelua, hyvää palvelua. Haluamme siis arvioida omaa työtämme voidaksemme päivän tai vuoden päätteeksi todeta onnistuneemme.

Vaan eihän se riitä, että voimme itse olla tyytyväisiä. Meidän on voitava kertoa siitä muillekin: asiakkaille ja heidän läheisilleen, omille esimiehillemme, ylimmän johdon pukumiehille, sopimuskumppaneille, toimittajille, poliitikoille. Ja kun väitämme onnistuneemme, meiltä kysytään näyttöjä. Numeroita. Vaikuttavuutta. Euroja. Jotain aivan muuta kuin niitä kiitollisia hymyjä aiemmin ahdistuneen vanhuksen kasvoilla.

Onnistumista mittaa viime kädessä luottamus, että pystymme jatkossakin kohtaamaan vaikeita haasteita ja ottamaan vastuullemme vaativia asiakkaita. Itseluottamus, tietenkin, mutta oikeastaan enemmän on kyse muiden meille osoittamasta luottamuksesta. Ja se toinen tarvitsee luottamuksensa katteeksi uskottavan tarinan siitä, miten tähän asti pärjäsimme. Tarina on kerrottava reiluilla, tasavertaisilla säännöillä, sillä meitä tosiaan vertaillaan muihin, jotka meidän tavoin kilpailevat luottamuksesta.

Aloitetaan alusta. Mistä tiedämme, onko oma toimintamme hyvää, voimmeko itse olla tyytyväisiä? Sen ratkaisemme ensin ihan itse, eikä kenenkään muun tarvitse tietää tyyneytemme salaisuutta. Mutta eihän se useimmille riitä. Olemme epävarmoja, tarvitsemme itsellemmekin uskon vahvistusta ja todisteita, kouriintuntuvia saavutuksia. Olemme myös kilpailuhenkisiä ja haluamme uskoa, että olemme parempia kuin muut. Ainakin olemme parempia kuin ne laiskamadot naapuriosastolla. Mutta voitaksemme reilussa kilpailussa tarvitsemme mittatikkuja, eivätkä mittaustulokset enää ole vain oma asiamme.

Tällä tavoin asia, joka alun perin on vain itseämme varten mistä tiedämme, että onnistuimme on tehtävä yhteiseksi, ainakin jossain määrin julkiseksi. Meidän on uskallettava kertoa oman toimintamme tulokset maailmalle, muutoin emme voita luottamusta.

Vuoden 2015 Suomessa on erinomainen hetki pohtia, mitkä kaikki tiedot vanhus-ten palveluiden onnistumisesta olisivat parhaimmillaan avoimesti saatavina, yhtenäisesti vertailtavina tietoina. Voimme ottaa esimerkkiä naapurimaista ja samalla rakentaa oman jo kertyneen kokemuksemme varaan.

Vertailutiedon käyttäjät: laadun kehittäjät, kansalaiset, palveluiden järjestäjät

Ensimmäinen askel vertailutiedon julkisuudessa on omien onnistumistulosten näyttäminen vertailukumppaneille. Tätähän olemme tehneet RAI vertailukehittämistoinnissa jo vuodesta 2000, ja sen tuella monet organisaatiot ovat onnistuneesti kehittäneet omaa toimintaansa paremmaksi, milloin pienin milloin suuremmin askelin.

Ruotsissa, USA:ssa ja Kanadassa on tarjolla palvelu, jossa kansalaiset voivat vertailla yksittäisiä toimintayksiköitä toisiinsa valikoitujen indikaattorien valossa. Kaikissa näissä on rajattu vertailtavien tietojen määrä varsin pieneksi ja vertailuyksiköiden koko varsin suureksi. Ruotsissa Äldreguiden (www.socialstyrelsen.se) julkaisee pientä valikoimaa kotihoidon ja ympärivuorokautisen asumispalvelun (särskild boende) laatuindikaattoreita, jotka perustuvat pääasiassa asiakkaille osoitettuun kansalliseen tyytyväisyyskyselyyn. USA:ssa Nursing Home Compare (www.medicare.gov) julkaisee hoivakotien vertailutietoja, joissa käytetään pariakymmentä RAI-järjestelmän laatuindikaattoria, ja Kanadassa (CIHI www.cihi.ca) ollaan myös paraikaa ottamassa käyttöön kansallista muutamaan RAI-järjestelmän laatuindikaattoriin perustuvaa palvelua. Suomessa RAI-vertailukehittämiseen osallistuvista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä osa on antanut luvan julkaista rajatun määrän laatuindikaattoreita Palveluvaaka-palvelussa (www.palveluvaaka.fi).

Suurin osa vanhusten palveluista järjestetään Suomessa yhä edelleen niin, että kansalaisella on varsin vähän varaa valita palvelun tuottajaa. Kotihoidon täyden palvelun tuottajat ovat lähes yksinomaan kunnallisia, asuinalueen perusteella rajattuja organisaatioita. Ympärivuorokautista hoiva-asumista järjestettäessä on useimmiten kiire, ja paikkojen vapautuminen säätelee valintaa. Vertailutiedon pääasiallinen käyttäjä saat- taakin olla se toimija, jonka vastuulla iäkkään väestön palveluiden järjestäminen on, nykyisin kunnan tai kuntayhtymän vanhuspalveluiden järjestäjä. Nämä kunnalliset palveluiden järjestäjät myös huolehtivat järjestämiensä palveluiden laadusta, sekä sopimusohjauksen että viranomaisvalvonnan keinoin.

Haasteita tiedon avoimuudelle

Vaikka julkisuutta tarvitaan, vanhusten palveluissa useampikin seikka vaikeuttaa onnistumistiedon jakamista julkiseksi.

Ensinnä, tärkein mittapuu onnistumiselle on, mitä asiakkaillemme tapahtuu, miten hyvässä kunnossa he pysyvät, miten hyvin kuntoutuvat, miten vähän heille tapahtuu ikäviä sattumuksia. Tämä tieto taas on jokaisen asiakkaan osalta arkaluontoista, salassa pidettävää tietoa. On oltava tarkkana, että emme koskaan paljasta yksittäisen asiakkaan salaisuutta ulkopuolisille. Toisaalta, asiakkaat ovat antaneet tietonsa juuri saadaakseen hyvää, luotettavaa palvelua – ja voidakseen turvata tämän toimintamme johtaja tarvitsee onnistumisen numeroita.

Toinen julkisuutta hidastava seikka on, että pelkät numerot eivät aina tunnu reiluilta vertailutiedoilta. Meidän on ensin itse uskottava, että meitä mitataan sellaisilla numeroilla, joihin itsekkin uskomme. Meidän on siis luotettava vertailijaan ja vertailun reiluuteen. Jopa hienot tieteelliset validointitutkimukset, maailmalla tai Suomessa, jättävät epäilylle sijaa: meidän yksikkömme on kuitenkin erilainen kuin ne, joissa tutkimus tehtiin. Sen vuoksi olemme viidentoista vuoden ajan työskennelleet yhdessä RAI-toimintaan osallistuvien organisaatioiden kanssa vakiinnuttaaksemme tämän onnistumistiedon perusteet ja luodakseen keskinäisen luottamuksen verkoston. Nyt, kun aika monet ovat jo tottuneet keskustelemaan oman yksikkömme asiakasraken- teesta ja laatuindikaattoreista, ja jotkut organisaatiot ovat jo ottaneet nämä vertailu- tiedot osaksi johtamistaan, voidaan vakavasti puhua laajasta luottamuksesta RAI-ar- viointeihin perustuvaan onnistumistietoon.

Kolmas julkisuutta hidastava tekijä on vanhusten palveluiden luonne. Asiakkail- lamme on hyvin monenlaisia tarpeita, toimintakyky on samanaikaisesti monia asioi- ta, ja vältettäviä ikäviä sattumuksiakin on monenlaisia. Myös palveluympäristöt vai- televat: on aika eri asia onnistua haja-asutusalueen kotihoidon kuntoutuksessa kuin vanhainkodin saattohoitoasiakkaiden parissa. Rikas vertailutieto koostuu hyvin mo- nista erillisistä tiedoista, eikä vertailua voi hyvällä omallatunnolla tiivistää muutama- an avainlukuun.

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta tutkimuksen (www.thl.fi/vanhuspalve- lulainseuranta) myötä Suomeen on syntynyt kattava poikkileikkaustieto kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä ja niiden toimintaedellytyksistä. Tä- mä tieto on varsin yksityiskohtaisena julkisesti saatavissa, ja se on itsessään jo suuri as- kel avoimen vertailutiedon suuntaan. Se ei täysin vastaa Ruotsin, USA:n tai Kanadan ratkaisuita, sillä tiedot perustuvat kokonaan toimintayksiköiden itse ilmoittamaan tie- toon niiden omasta toiminnasta.

Vanhuspalvelulaki vaatii, että sekä palveluita järjestävä kunta että palveluita tuotta- va toimintayksikkö seuraavat palveluiden laatua myös palveluita käyttäviltä asiakkailta ja työntekijöiltä kerättävällä palautteella. Laki ei vaadi tämän palautetiedon julkisuut- ta, mutta julkisuudelle on aivan samat perusteet kuin tiedolle, joka koskee toiminta- edellytyksiä kuten henkilöstöä tai toimitiloja.

RAI vertailukehittämistoiminta tuottaa resurssien ja asiakaskokemuksen rinnalle ammatillisesta näkökulmasta arvioitua laatutietoa. Kaikki kolme näkökulmaa toi- mintayksikön itse arvioimat toimintaedellytykset, asiakkaiden kokemukset ja palve- lutarpeiden arvioinnin yhteydessä kertyvät tiedot onnistumisista – ovat tarpeen kun rakennamme luottamusta omaan toimintaamme ja Suomen vanhusten palveluihin.

Avoimen tiedon käyttö ja jatkojalostus

Avoimesti saatava vertailutieto onnistumisista vanhusten palveluissa on mahdollisuus, mutta tarjolla oleva tieto ei yksinään johda mihinkään. Jonkun on otettava tieto käyttööseen, osaksi omaa toimintaansa.

Kansalaisille tarjottu valinnan vapaus on tärkeä tavoite. Jos voisimme ja osaisimme etsiä parhaiten tarpeitamme vastaavat laadukkaat palvelut, joutuisivat palvelun tuottajat muotoilemaan omat tarjoamansa houkutteleviksi, ja kilpailu karsisi huonot. Tämä johtaa markkinauskon mukaan siihen, että kipeästi kaivattuja uusia houkuttelevia ja tehokkaita toimintatapoja aletaan tarjota, ja vanhat kömpelöt käytännöt vähitellen katoavat. Valitettavasti tämä vaikutus näyttää toteutuvan hitaasti: on hyvin vähän näyttöä siitä, että kansalaiset laajasti käyttäisivät tarjolla olevia vertailupalveluita palveluidensa valitsemiseen, edes markkinoiden kultamaassa USA:ssa (Hutchinson ym. 2009).

Suomessa sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisestä vastaa kunta tai kuntayhtymä. Se on kuluttajaa vahvempi markkinatoimija. Palveluiden hankintaan liitetään tarkoin harkittuja laatuvaatimuksia, ja sopimuksiin kirjataan käytäntöjä, jotka palkitsevat tai rankaisevat onnistumisten mukaan. Yhtenäinen, kaikille samalla tavalla saatavissa oleva laatu tieto vahvistaisi sekä kuntahankkijan että palveluita tarjoavien yritysten ymmärrystä siitä, minkälaista palvelua pidetään tavoiteltavan.

Avoimien tietojen tekee mahdolliseksi myös aivan uudenlaista tietojen jatkojalostusta. Kuka hyvänsä, oli sitten tutkija, toimittaja, yrittäjä tai yhteiskunta-aktiivi, voi ottaa avoimesti saatavan tiedon ja vaikkapa yhdistää sen toisesta lähteestä saatuun tietoon. Silloin kun näin käy, avoimesti saatavilla olevan tiedon arvo moninkertaistuu, kun syntyy aivan uusia tapoja ymmärtää mitä hyvään vanhusten palveluun liittyy. Oiva esimerkki tästä saatiin, kun YLE otti käyttöönsä vanhuspalvelulain seuranta tutkimuksen tulokset ja jalosti ne omaksi vanhusvahdiksiin (www.yle.fi/uutiset).

Kun omaa toimintaamme koskevaa tietoa, onnistumistietoa, aletaan julkisesti vertailla ja asettaa saataville, olemme luonnollisesti huolissamme, että tieto on oikeaa ja luotettavaa. Syntyy luottamuskierrä: jos itse luotamme omaan tietoomme ja uskallamme antaa sen julkisesti saataville, alamme näyttää luotettavilta, varsinkin, jos tietomme myös osoittavat, että toimintamme kehittyi ja paranee ajan myötä. Samalla kasvaa luottamus myös itse tietoon, kun kierros kierrokselta yhä huolellisemmin varmistamme, että omat tietomme ovat oikeita ja antavat onnistumisestamme oikean kuvan.

LÄHTEET

Hutchinson AM, Draper K, Sales AE. 2009. Public reporting of nursing home quality of care: Lessons from the United States experience for Canadian policy discussion. *Health Policy* 11;5(2):87-105
www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/SubTheme/types+of+care/community+care/ci-hi010632

www.palveluvaaka.fi
www.medicare.gov/nursinghomecompare
www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden
www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta
www.yle.fi/uutiset/ylen_vanhusvahti_avattu_katso_missa_jamassa_oman_kuntasi_vanhuspalvelut_ovat/7853653#etusivu

1.3 Tarpeisiin vastaamalla laatua vanhushpalveluihin

Harriet Finne-Soveri

”Patienterna måste få vad de behöver
– inte är vårdkvaliteten desto konstigare”

Christina Seger, ylihoitaja,
Koskelan sairaala 1989

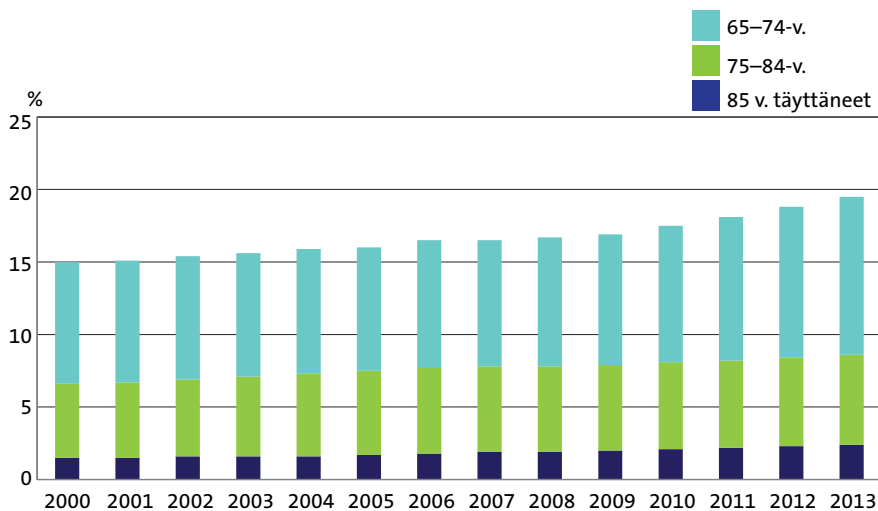
Vanhushpalvelulaki 2013

Yhdestoista hetki ja valtakunnassa kaikki hyvin

Väestörakenteen muuttuessa yhä vanhemmaksi jo tänään yli miljoona suomalaista on täyttänyt 65 vuotta, mikä merkitsee joka viidettä suomen kansalaista (kuvio 1).

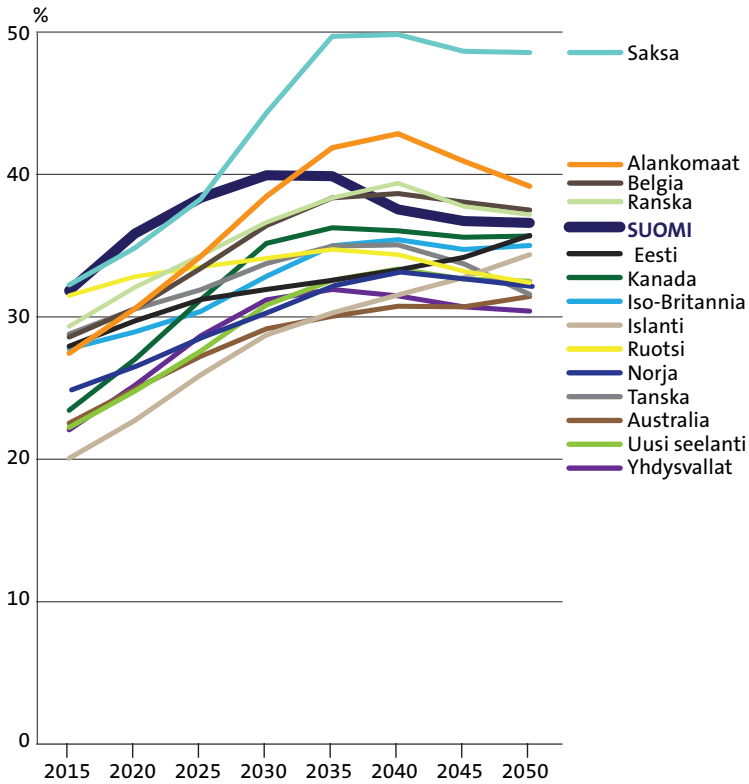
Tilastokeskuksen ennusteet arvioivat vanhushväestön kasvun kiihtyvän jyrkästi jo tällä vuosikymmenellä siten, että 65 vuotta täyttäneiden osuus vuonna 2030 on noussut 26 prosenttiin (Väestötilastot 2012, Tilastokeskus).

Kaikkein vanhimpien, 85 vuotta täyttäneiden väestön osuus kasvaa jyrkimmin. Väestön nopea ikääntyminen merkitsee sitä, että avun tarpeessa olevia ihmisiä tulee



Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2013

KUVIO1. Väestönkehitys vanhuuseläkkeeseen oikeuttavissa ikäryhmissä 2000–2013.



Lähde: Yhdistyneet kansakunnat 2012. United Nations

KUVIO 2. Vanhushuoltosuhteen kasvu (65 vuotta täyttäneiden osuus/ 100 15–64 vuotiasta).

olemaan yhä enemmän ja työikäisten osuus tulee olemaan yhä pienempi. Toisin sanoen vanhushuoltosuhte kasvaa (kuvio 2). Vanhushuoltosuhteen kasvu merkitsee sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelu, toteutus ja seuranta edellyttävät ikääntyneiden henkilöiden tarpeiden aiempaa parempaa tuntemista ja huomioimista, jotta kaikille – myös muille kuin ikääntyville – riittäisi sitä mitä he tarvitsevat.

Pitkäaikaishoidon laatu maailman polttopisteessä

Pitkäaikaishoidon määritelmä ja taustatietoja

Korkeaan ikään ehtineistä noin joka neljännen ajatellaan olevan jonkinasteisen pitkäaikaisen avun tai huolenpidon tarpeessa. Pitkäaikaishoidolla kuitenkin tarkoitetaan OECD:n mukaan valikkoa palveluita, joita ihmiset tarvitsevat pitkittyneen ajanjakson ajan toiminnanvajauksen vuoksi. Toiminnanvajauksella tarkoitetaan tässä määritelmässä fyysistä tai kognitiivista toiminnanvajausta ja avun tarpeella tarkoitetaan apua henkilökohtaisissa arkitoimissa (ADL, Activities in Daily Living). Henkilökohtainen arkiapu sisältää hoitajien tarjoaman hoivan, hoidon, kuntoutuksen tai saattohoi-

don. Pitkäaikaishoitoon voi OECD:n määritelmän mukaan sisältyä erilaisia tukitoimia kuten kodinhoitoon liittyviä tehtäviä (OECD 2011.)

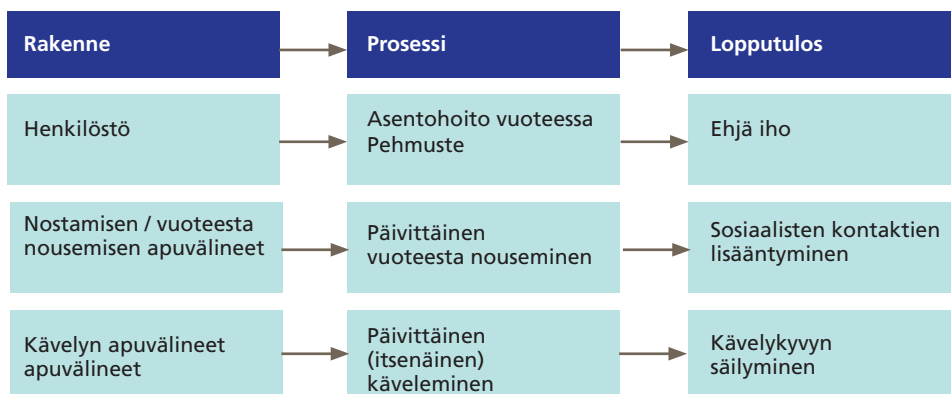
Pitkäaikaishoito voidaan tarjota joko henkilön kotiin kotihoitona, laitoshoitona, tai huolenpitoa sisältävänä avopalveluna, kuten Suomessa tehostettu palveluasuminen. Huolenpitoa voi olla tarjolla vuorokauden ympäri kaikkina viikonpäivinä tai eriasteisesti vähemmän. OECD:n tilastojen mukaan kaikissa OECD maissa noin 50–75 % kaikesta pitkäaikaishoidosta tarjottiin ihmisten omaan kotiin vuonna 2008. Suomen pitkäaikaishoidon osuus vanhusväestöstä oli tässä vertailussa OECD:n keskitasoa ja laitoshoidon osuus hieman keskitasoa muita OECD maita suurempi (OECD 2011.)

Hoidon laadun mittaaminen Suomessa

Ammatillinen hoidon laatu

Pitkäaikaishoidon laatua on Suomessa mitattu yhteismitallisesti RAI-järjestelmällä vuodesta 2000 asumispalveluissa (laitoshoidon ja tehostettu palveluasuminen) ja vuodesta 2003 kotihoidossa. Laadun mittaamisen tavoitteena on ensisijaisesti ollut kysymys niistä tekijöistä, joihin hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa. Ammatillisen osaamisen tuloksellisuus, eli vaikuttavuus, on ollut merkittävä osa suomalaista laatuajattelua. Laadun mittaamisen välineinä on käytetty laitoshoidon ja osin tehostetun palveluasumisen osalta Zimmermanin (1995) 1990-luvun puolivälissä kehittämiä laatuindikaattoreita ja kotihoidossa Hirdesin (2004) kehittämiä indikaattoreita.

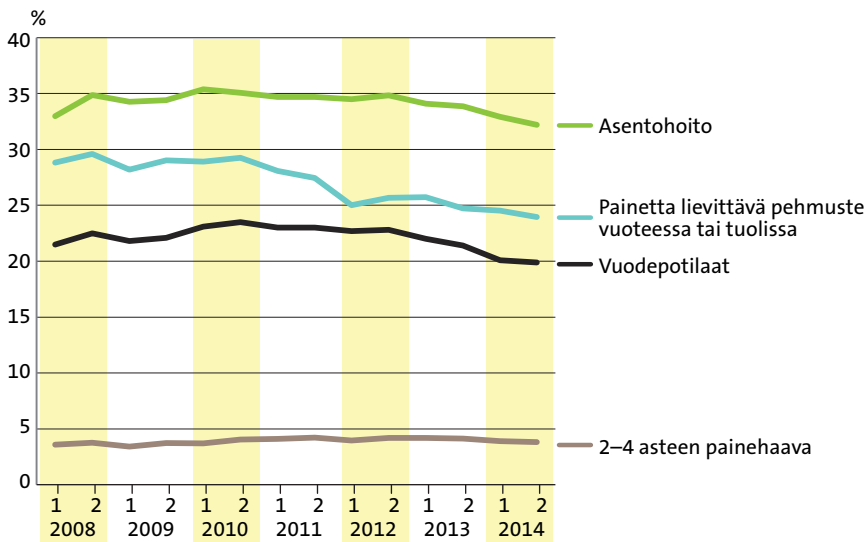
Molempien laatuindikaattorisarjojen taustalla vaikuttaa Avedis Donabedianin laatu-teoria, missä rakenne, prosessi ja edellisten lopputulos (Structure-Process-Outcome, SPO) muodostavat ammatillisen hoidon laadun rakenteen (Donabedian 1966, 1980). Kuvion 3 esimerkeissä on esitetty käytännön esimerkkejä mitattavissa olevista laadun osatekijöistä.



KUVIO 3. Käytännön esimerkkejä Donabedianin ammatillisen hoidon laadun "rakenne-prosessi-lopputulos" teoriasta.

Kuviossa 4 on esitetty asentohoidon ja painetta lievittävien pehmusteiden käytön muutos verrattuna ihon eheyteen vuosina 2008–2014. Vuodepotilaita oli noin yksi viidestä ja heistä puolestaan vain neljällä viidestä oli asennonvaihto-ohjelma painehaavan ehkäisemiseksi. Kuitenkin näistä vuodepotilaista 97 % tarvitsi apua vaihtakseen asentoa vuoteessa. Lisäksi vain alle puolella vuodepotilaista oli painetta lievittävä pehmuste painehaavan ehkäisemiseksi. Ihon pinta oli rikki noin 4 prosentilla kaikista asukkaista ja 8 prosentilla vuodepotilaista. Vaikka sekä vuodepotilaiden että painehaavan ehkäisyyn liittyvien toimenpiteiden osuudet olivat laskussa, voidaan silti kysyä, eikö kannattaisi huolehtia ehkäisystä tehokkaammin. Painehaava on kivulias ja elämänlaatua heikentävä ilmiö, jonka hoitaminen on kallista myös siksi, että haavan hoito vie enemmän aikaa kuin asentohoito.

Kuvion 3 keskimäinen esimerkki kuvaa rahallisen panoksen sijoittamista sellaisiin apuvälineisiin, jotka mahdollistavat prosessina asukkaan vuoteesta ylös nousemisen joko itsenäisesti tai avustettuna. Asiakaskeskeisen prosessin kannalta ensiarvoisinta on, että asukas ylipäättään pääsee ylös vuoteesta. Jos vuoteesta nousu on täysin itsenäistä, se myös turvaa asukkaalle enemmän omaa päätäntävältaa nousta silloin kun itse haluaa ja siten sillä on myös elämänlaadun kannalta lisäarvoa. Kustannusvaikuttavuuden kannalta puolestaan on merkityksellistä, tapahtuuko vuoteesta nousu yhden, kahden vai ei yhdenkään hoitajan turvin.

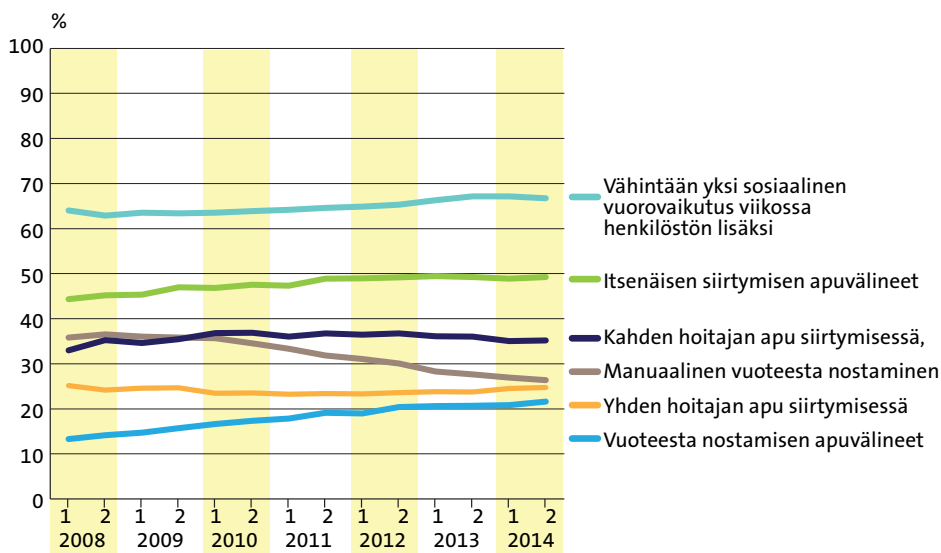


KUVIO 4. Vuodepotilaiden, painehaavojen ja ehkäisevien toimenpiteiden osuudet (%) vuosina 2008–2014 laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa (n = 192 094 arviointia).

Kuviosta 5 ilmenee, että siirtymisapuvälineiden käyttö on lisääntynyt manuaalisen vuoteesta nostamisen kustannuksella. Ilmiön voidaan ajatella olevan sekä asiakaskeksen, kustannusvaikuttavan että työhyvinvointia lisäävän sekä lisäävän työssä jaksamista. Kustannusvaikuttavuus syntyy silloin jos hoitajien työvoimaa tarvittaisiin aiempaa vähemmän itse nostotilanteessa tai silloin jos asiakkaat olisivat koko ajan yhä suuremmissa avun tarpeessa, mutta hoitajien työpanosta ei tarvitsisikaan lisätä. Kuviosta ei voi päätellä onko kysymys kummastakaan ilmiöstä – siihen tarvitaan tarkempaa analyysiä. Kuusikymmentä prosenttia laitoshoidon RAI-järjestelmää käyttäneistä laitoshoidon tai palvelutalojen asukkaista tarvitsee joko yhden tai kahden hoitajan fyysisistä apua päästäkseen ylös vuoteesta.

Suomessa käytössä olevat ammatilliset hoidon laadun indikaattorit pyrkivät mittaamaan mahdollisimman suoraan laatutuloksia. Taulukossa 1 on esitetty käytössä olevat laitoshoidon laadun indikaattorit ja taulukossa 2 kotihoidon laadun indikaattorit Donabedianin SPO-rakenteen mukaan luokiteltuina. Laitoshoidon RAI-järjestelmään sisältyvät laatuindikaattorit muodostuvat lähes puoliksi prosessi- ja lopputulosindikaattoreista. Riskivakiointi tarkoittaa sitä, että asukkaiden alttius saada jokin ei-toivottu tapahtuma tai tila vaihtelee ja se on otettu laatuindikaattorissa huomioon. Yksikköjä, taloja, organisaatioita tai vaikkapa kuntia toisiinsa vertailtaessa kannattaa muistaa, että riskivakioinnin avulla on vaikea poistaa valikoitumisen aiheuttamaa harhaa.

THL on kerännyt henkilöstöön ja kustannuksiin liittyvää tietoa rakenteista vuoteen 2013 asti, jolloin kahtena peräkkäisenä vuotena henkilöstöön liittyvät tiedot kerättiin valtakunnallisesti vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan yhteydessä.



KUVIO 5. Vuoteesta nousun ja sosiaalisen vuorovaikutuksen mahdollistaminen (%) vuosina 2008–2014 laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa (n = 192 094 arviointia).

TAULUKKO 1. Laitoshoidon RAI-järjestelmään sisältyvät laadun indikaattorit

PROSESSI			LOPPUTULOS		
Indikaattorin nimi	T*	Rv [#]	Indikaattorin nimi	T*	Rv [#]
9 tai useampi eri lääke	e	ei	Mikä tahansa vamma	e	ei
Masennusoireet, ei hoitoa	e	ei	Kaatuilu	e	ei
Pidätyskyvyttömyys ilman säännöllisiä WC-käyntejä	e	ei	Uudet murtumat	i	ei
Katetri	e	on	Käyttösoire	e	on
Letkuravitus	e	ei	Masennus	e	ei
Vuoteeseen hoidettavat	e	ei	Kognition vajaus	i	ei
Kuntouttavan hoitotyön puute liikuntarajoitteisilla	e	ei	Pidätyskyvyttömyys	e	on
Psykoosilääkkeiden käyttö ilman psykoosioiretta	e	on	Ulosteen pakkautuminen	e	ei
Rauhoittavat & unilääkkeet	e	ei	Virtsainfektiot	e	ei
Säännöllinen unilääkitys	e	ei	Painon lasku	e	ei
Päivittäin liikkumista rajoittavat välineet	e	ei	Kuivuma	e	ei
Vähän tai ei lainkaan aktiviteetteja	e	ei	Toimintakyvyn lasku (pitkään säilyvät taidot)	i	on
			Nivelten liikelaajuuden menetys	i	ei
			1–4 asteen painehaavat	e	ei
			Uudet painehaavat	i	ei

Selitteet: *Tyyppi, tarkoittaa indikaattorin tyyppiä, # Riskivakiointi
e = esiintyvyys, i = ilmaantuvuus

Kaikille kotihoidon laadun indikaattoreille on kehitetty riskivakiointi. Laatu järjestelmää käyttöön otettaessa Suomeen, THL (silloinen Stakes) testasi vakioituja ja vakioimattomia indikaattoreita ja päätyi tuolloin riskivakioimattomien laatuindikaattorien käyttöön. Kotihoidon laatuindikaattoreiden joukossa on yksi esiintyvyyttä kuvaava rakenneindikaattori: *Apuvälineiden puute liikuntarajoitteisella henkilöllä*. Muut 21 indikaattoria kuvaavat joko prosesseja tai lopputulosta ja ovat tyypiltään joko esiintyvyyss- tai ilmaantuvuusindikaattoreita (taulukko 2).

Laatuindikaattoreiden tärkein käyttötarkoitus on yksikön laitoksen tai organisaation oma toiminnan laadun seuranta. Suoriudutaanko paremmin kuin itse suoriuduttiin aiemmin ja paremmin vai huonommin kuin maassa muut verrokkit keskimäärin.

Laitos- ja kotihoidon RAI-versioista on mahdollista laatia yhteinen samojen indikaattorien valikko, joiden avulla kunnassa voidaan seurata ja vertailla ammatillisen hoidon laadun toteutumista eri palvelutyypeissä. Valikoitumisen aiheuttama vinouma täytyy vertaillessa pitää mielessä.

TAULUKKO 2. Kotihoidon RAI-järjestelmään sisältyvät laadun indikaattorit

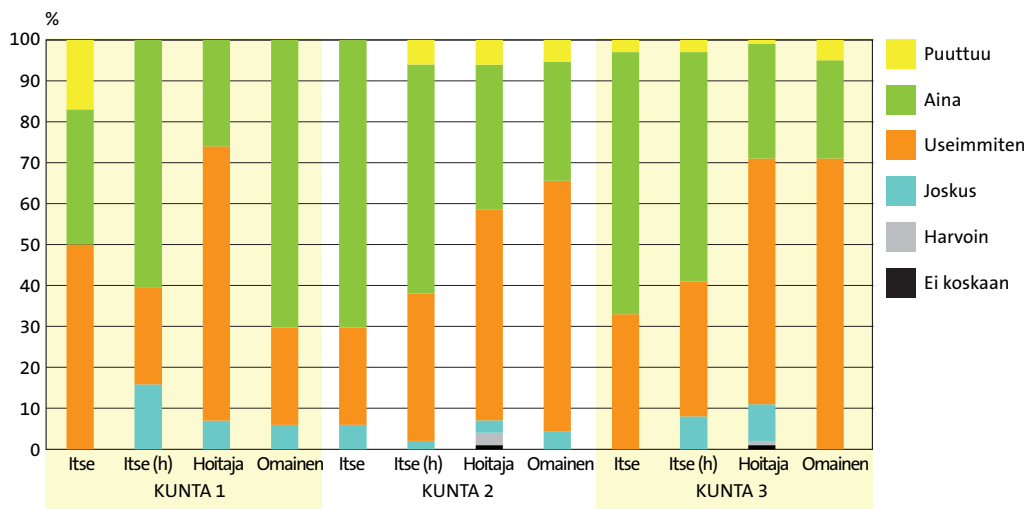
PROSESSI		LOPPUTULOS	
Nimi	T*	Nimi	T*
Lääkäri ei ole tehnyt lääkearviota	e	Sosiaalinen eristyneisyys, ja kärsii siitä	e
Riittämättömät ateriat	e	Kuivuma	e
Kuntoutumisen potentiaali on olemassa – ei kuntoutusta	e	Kaatuilu	e
Riittämätön kivun hallinta	e	Painon lasku	e
Kaltoinkohtelun epäily	e	Delirium	e
Ei influenssarokotusta	e	Kielteinen mieliala	e
Päivystyspoliklinikkakäynteja tai sairaalahoitojaksoja	e	Vaikea häiritsevä päivittäinen kipu	e
		Mikä tahansa vamma	e
		Virtsanpidätkyvyyttömyys	i
		Haavat	i
		ADL huonontunut edellisen arvioin jälkeen tai pysynyt vajaana	i
		Kotona liikkuminen huonontunut tai pysynyt huonona	i
		Kognitio laskenut tai pysynyt alentuneena	i
		Kyky kommunikoida huonontunut tai pysynyt vajaana	i

Selitteet: *Tyyppi, tarkoittaa indikaattorin tyyppiä
e = esiintyvyys, i = ilmaantuvuus

Koettu hoidon laatu

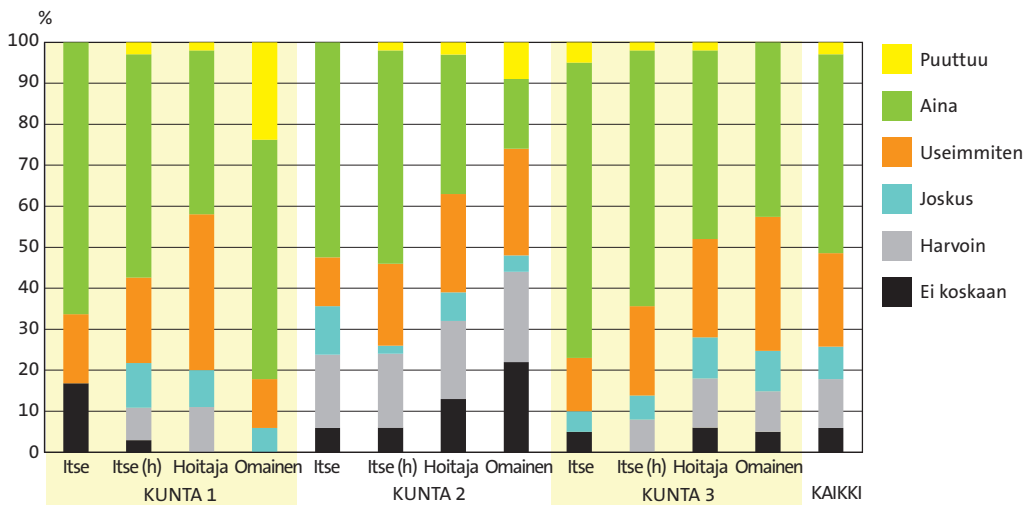
Hoidon laatu asiakkaan kokemana voi ja saakin näyttäytyä erilaisena kuin ammatti-henkilön silmin katsoen. Siinä missä hyvämuistinen kotona asuva henkilö voi vaivat-ta kertoa vastasiko palvelu hänen odotuksiaan ja kunnan kanssa solmittua sopimusta, muistioireinen osaa varsin hyvin kertoa onko hänen hyvä olla juuri nyt. Laadun ko-kemuksellisuus palvelujen saajilla voi muodostua monista sellaisistakin asioista, joihin osaavallakaan henkilöstöllä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa. Näitä voivat olla läheisen kuolema, omaisuuden, kodin tai nuoruuden ja terveyden menettäminen ja ylipäättään menneisyys. Vaikka tosiasiat eivät muutukaan, asennoituminen niihin voi muuttua, puhumattakaan kaikesta siitä muusta, mihin halutessa voidaan vaikuttaa.

Asiakkaan kokemus siitä, saako hän tarvitsemiaan palveluita, on palvelujen asian-mukaisuuden kulmakivi. Kuviossa 6 on esitetty kolmen kunnan kotihoidon asiakkai-den näkemys itse vastattuna tai hoitajien haastattelemana sekä heidän omaistensa tai läheistensä käsitys.

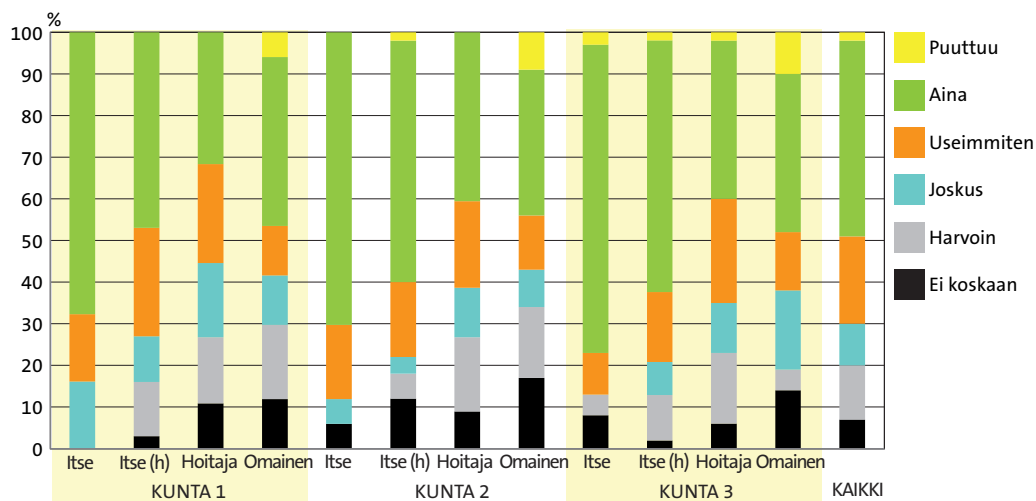


KUVIO 6. Väittämä "Saan tarvitsemiani palveluita" kotihoidon asiakkaan itse vastaamana, hoitajan haastattelemana tai omaisen (läheisen) arvioimana vuonna 2014 (n= 546 arviointia).

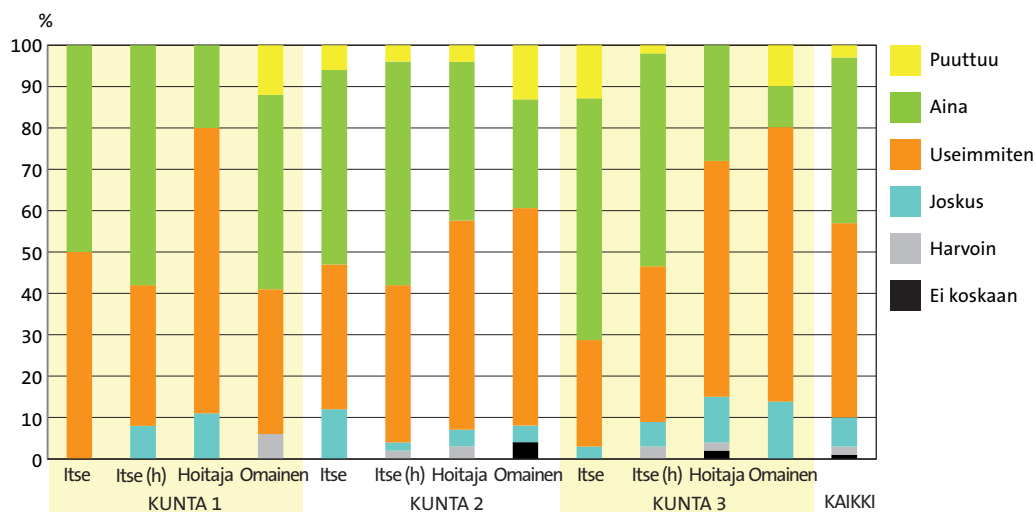
Väittämä "Pääsen helposti ulos asunnostani" (kuvio 7) saa aivan erilaisen vastausjakaman kuin väittämä "Saan tarvitsemiani palveluja" (kuvio 6). Jälkimmäinen kysymys paljastaa kuntakohtaisia eroja ja sen, että joka neljäs kotihoidon asiakas pääsi näissä kunnissa ulos asunnostaan korkeintaan joskus. Asuntoon liittyvät rakenteelliset esteet voivat vaikuttaa tämän kysymyksen vastauksiin. Sama pätee kuvion 7 väittämään "Voin käydä kylvyssä tai suihkussa milloin haluan". Palveluiden ensisijainen tarkoitus on auttaa henkilöä asumaan omassa kodissaan.



KUVIO 7. Väittämä "Pääsen helposti ulos asunnostani" kotihoidon asiakkaan itse vastaamana, hoitajan haastattelemana tai omaisen (läheisen) arvioimana vuonna 2014 (n= 546 arviointia).



KUVIO 8. Väittämä "Voin käydä kylvyssä tai suihkussa milloin haluan" kotihoidon asiakkaan itse vastaamana, hoitajan haastattelemana tai omaisen (läheisen) arvioimana vuonna 2014 (n = 546 arviointia).



KUVIO 9. Väittämä "Saamani hoiva ja palvelut auttavat minua elämään haluamallani tavalla" kotihoidon asiakkaan itse vastaamana, hoitajan haastattelemana tai omaisen (läheisen) arvioimana vuonna 2014 (n = 546 arviointia).

Huolimatta kuvioden 7 ja 8 arvioista asiakkaat ja heidän edustajansa toteavat kuvion 9 vastauksissa hoivan ja palveluiden kuitenkin useimmiten tai aina auttavan asiasta elämään haluamallaan tavalla.

Kannanottoja maailmalta

OECD otti julkaisussaan *“A Good life in old age. Monitoring and improving quality in long-term care”* kantaa pitkäaikaishoidon laatuun toteamalla, että sen kehittämisen tulisi olla palvelutuottajille itsestäänselvyys. Kuitenkin OECD:n tekemässä selvityksessä osoittautui, että useissa maissa laadun kehittämisen kärjessä on lainsäädäntö ja sääntely ja/tai valvonta. Lainsäädäntö tähtää OECD:n mukaan useimmiten valvonnan lisäksi siihen, millä edellytyksillä pitkäaikaishoidon palvelun tuottajalla on lupa toimia kuten toimitilojen asianmukaisuuteen, henkilöstön ammatilliseen pätevyyteen ja toimiluvan saamisprosessiin (lisensointi). Vain harvassa maassa on OECD:n mukaan maan kattava laatujärjestelmä, mutta jotkut palvelun tuottajaorganisaatiot käyttävät halutessaan esimerkiksi EFQM, ISO 9000, Qualicert, E-Qualin, AFNOR, TQM tai Balanced Score Card-järjestelmiä (OECD 2013).

Laadunparantamisyrietykset keskittyvät kuitenkin monissa maissa esimerkiksi työntekijöiden vaihtuvuuden vähentämiseen. Vain Yhdysvalloissa vaaditaan työntekijöiden jatkuvaa koulutusta. Toisaalta siellä henkilöstöllä ei ole peruskoulutusvaatimusta tai vaatimustaso on suomalaisittain hyvin alhainen. OECD toteaaakin henkilöstön koulutusvaatimusten vaihtelevan Yhdysvaltojen 75 tunnista Australian 430 tuntiin ja Tanskan 75 viikon kokonaiskoulutuksesta Suomen ja Japanin kolmen vuoden hoitajakoulutukseen.

Henkilöstön riittävä koulutustaso, pysyvyys ja työajan tehokas käyttö sellaiseen toimintaan, joka aidosti hyödyttää asiakasta, onkin selkeä rypäs pitkäaikaishoidon laadun elementtejä. Toinen rypäs on asiakkaan tarpeisiin liittyvät tekijät, joita Rosalie Kane (2003) luettelee 12: fyysinen toimintakyky ja päivittäiset toiminnot, itsensä huolehtiminen (autonomia), sosiaalinen toimintakyky, seksuaalisuus, psyykkinen hyvinvointi (suru), kognitiivinen kyky, kipu, energia (uupumus), itsekunnioitus, hallinnan tunne, terveydentila, elämään tyytyväisyys. Asiakkaan tarpeet voidaan edelleen luokitella alaryhmiksi esimerkiksi hoidon- ja elämänlaadun mukaan.

Euroopan Unionin rahoittamana neljän maan edustajista koostuva paneeli laati vuonna 2010 pitkäaikaiseen laitoshoitoon yhteensä 94 laadun indikaattoria (Hoffmann ym. 2010), jotka käsittivät seuraavat kokonaisuudet:

- 1) hoidon/palvelun laatu (asiakkaat, henkilöstö)
- 2) elämänlaatu (asiakkaat, omaiset, ystävät, henkilöstö)
- 3) johtajuus (johtaminen, henkilöstö)
- 4) taloudellisuus (talouden johtaminen, rahoitus) ja
- 5) konteksti.

Hoidon ja palvelun laadun indikaattorit olivat tässä hankkeessa lähes kaikilta osin samat kuin RAI-järjestelmän tuottamat indikaattorit. Elämänlaadun indikaattorit ovat suurelta osin samat kuin interRAI subjective Quality of Life-sarjan kysymykset. Johtajuuteen liittyvät laatuindikaattorit olivat:

- 1) niiden sidosryhmien esittämien virallisten valitusten osuus, joihin on vastattu asianmukaisesti (%)
- 2) niiden asukkaiden osuus (%), joilla on säännöllisesti päivitetyt yksilölliset hoitosuunnitelmat
- 3) hoitoon tyytyväisten omaisten/läheisten osuus (%) vuosittaisissa tyytyväisyyskyselyissä
- 4) ylitoiden osuus (%) vuodessa. Palkaton ylimääräinen työ mukaan lukien
- 5) sairauden vuoksi menetetyt työtajan osuus (%) vuodessa
- 6) keskimääräiset koulutukseen, terveydenhuoltoon tai kokouksiin varatut rahalliset voimavarat per työntekijä (% budjetista)
- 7) dementiaan ja kognition vajaukseen koulutetun henkilöstön osuus (%)
- 8) henkilöstön virallisen koulutuksen osuus tunteina ammattiryhmittäin
- 9) niiden työntekijöiden osuus (%), joiden mielestä laitoskessa noudetaan korkeaastandia asiakkaiden liikuttelussa ja käsittelyssä
- 10) niiden työntekijöiden osuus (%), joiden mielestä työstenkely tapahtuu kollegiaalisesti tiimissä
- 11) niiden työntekijöiden osuus (%) joiden mielestä asiakirjat ovat ajan tasalla
- 12) niiden työntekijöiden osuus (%) joiden mielestä hoitapaikan hoito on korkeatasoista
- 13) niiden työntekijöiden osuus (%) joiden mielestä kaikkia työntekijöitä arvostetaan
- 14) niiden asukkaiden, omaisten, ystävien osuus (%) joiden mielestä hoivakotiin tuloaiheen informaatio oli asianmukaista
- 15) niiden työntekijöiden osuus (%) joiden mielestä päätökset tehdään hoidon laadun eikä taloudellisin perustein
- 16) sairauspoissaolojen, lomien, kokousten osuus (%) kokonaistyöajasta
- 17) työntekijöiden osuudet ikäluokittain.

Taloudelliset indikaattorit käsittivät neljä indikaattoria 1) yhden asukkaan vuosikustannus 2) henkilöstökulut hoitopäivää kohti 3) keskimääräinen hoitoaika asukasta kohti 4) laskutettavien hoitopäivien määrä kuussa. Lisäksi indikaattoreiksi kirjataan vapaaehtoisten tuntimäärä vuodessa asukasta kohti, henkilöstön keskimääräinen työssä pysyvyys sekä avoinna olevan työpaikan täyttämiseen kuluva keskimääräinen aika (henkilöllä jolla on sama koulutustaso). Tätä kirjoitettaessa on epäselvää ovatko indikaattorit käytössä missään.

Pohjoismaiden neuvosto perusti 2014 työryhmän selvittämään ja vertaamaan pitkäaikaishoidon laatua Pohjoismaisissa hoivakodeissa ja pitkäaikaisasukkaiden asumispalveluissa. Selvitys kattaa Suomen, Ruotsin, Norjan Tanskan ja Islannin lisäksi Ahvenenmaan, Färsaaret ja Grönlannin. Selvitys valmistuu 2015 ja on sen jälkeen löydettävissä Nordenin verkkosivuilta (Norden 2015).

Ontarion osavaltiossa, Kanadassa puolestaan yhden miehen selvitysryhmä laati Terveys- ja pitkäaikaishoidon ministeriön pyynnöstä osavaltiolle pitkäaikaishoidon laatustrategian (Sinha 2012). Toisin kuin eurooppalaiset etupäässä laitushoitoon keskittyneet selvitykset ja julkaisut, Ontarion selvitys kattaa hoitoketjut ja rakentuu viidelle pääperiaatteelle 1) saavutettavuus; tarkoittaa pääsyä tehokkaasti ja oikea-aikaisesti tarpeen edellyttämiin palveluihin 2) tasa-arvo; tarkoittaa sekä maantieteellistä, etnokulttuurista että sukupuolten välistä tasa-arvoa 3) valinta; käsittää asiakkaan valinnanmahdollisuuden lisäksi asianmukaisen tiedon saannin tarjolla olevista palveluvaihtoehdoista 4) arvo; tarkoittaa olemassa olevien voimavarojen mahdollisimman tehokasta käyttöä ja kohdentamista asiakkaiden parhaaksi 5) laatu; tarkoittaa sen mielessä pitämistä, että parhaat ratkaisut eivät aina ole kalleimpia.

Yksi tapa lähestyä hoidon laatua on laatia hoitolinjauksia ja sitten seurata toteutuvako nämä ja jos toteutuvat, mihin se johtaa. ACOVE-hankkeessa (Assessing Care for Vulnerable Elders) on laadittu useita satoja indikaattoreita sairauksien oireyhtymien ja ilmiöiden hoitamiseksi parhaalla mahdollisella tavalla.

Kansallinen ohjaus vanhuspalveluiden laadun turvana Suomessa

Vanhuspalvelulaki

Suomessa *laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* (vanhuspalvelulaki) (980/2012) astui voimaan 1.7.2013 ja asteittain sen jälkeen. Yksilön tarpeisiin vastaamisen lisäksi lain sisältö koostuu useista kansainvälisessä kirjallisuudessa laadun osa-alueiksi tunnistetuista elementeistä, joiden turvaaminen luo edellytykset eettiselle hyväksyttävyydelle, vaikuttavuudelle sekä taloudelliselle kestävyydelle kansallisella tasolla.

Vanhuspalvelulaki on erityislaki, joka luo kunnille ja palveluntuottajaorganisaatioille mahdollisuudet ottaa ikääntyneiden tarpeet huomioon sen estämättä, mitä sosiaalihuoltolaissa (710/1982) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) muuten on säädetty.

Vanhuspalvelulaissa tarkastellaan iäkkään väestön tarpeita ja oikeuksia yhtäältä ja iäkkään yksilön tarpeita ja oikeuksia toisaalta. Johtavana ajatuksena on palvelujen valjastaminen iäkkään henkilön toimintakyvyn säilymisen kannalta mielekkäästi ja siten toteutettuna, että iäkäs henkilö on aktiivinen osallinen itseään koskevien asioiden päättämisessä sekä yksilö-, että kuntatasolla.

WHO on linjannut (2006) terveydenhuollon laadun strategisten päätösten prosessiksi (WHO 2006). Samasta näkökulmasta voi tarkastella Suomen koko ikääntymispolitiikkaa vanhuspalvelulain ilmentämänä (taulukko 3).

Vanhuspalvelulaki ei sanele mitä laadukkuus tarkoittaa, mutta toteaa, että iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito (§19). Lisäksi henkilöstön määrän ja osaamisen tulee olla riittävää (§20). Riittävyys voidaan arvioida vain asiakkaan tarpeita vasten.

TAULUKKO 3. Vanhuspalvelulaki WHO:n terveydenhuollon laatulinjausten näkökulmasta

WHO:n laatulinjaus	Vanhuspalvelulaki
vaikuttavuus; näyttöön ja asiakkaan tarpeisiin perustuvaa hoidon ja huolenpidon tarjoamista; tulokset osoitettavissa yksilö- ja kuntatasolla;	5§ Kuntasuunnitelma 6§ Riittävyys ja laatu 12§ Hyvinvointipalvelut 15§ Palveluntarveselvitys 16§ Palvelusuunnitelma
tehokkuus; tapa tarjota palvelua maksimoi voimavarojen hyödyntämisen tuhlausta välttäen;	9§ Voimavarat 20§ Henkilöstö
saavutettavuus; oikea-aikaisen maantieteellisesti kohtuullisesti jakautuneen hoidon ja huolenpidon tarjoaminen paikassa, missä henkilöstön osaaminen ja määrä on asiakkaan tarpeisiin nähden riittävää;	7§ Saatavuus, saavutettavuus 10§ Asiantuntemus
hyväksyttävyyys asiakkaan näkökulmasta ja asiakaskeskeisyys; hoito ja huolenpito huomioivat asiakkaan toiveet ja hänen sidosryhmänsä kulttuuriset tarpeet;	6§ Riittävyys ja laatu 8§ Kieli 14§ Pitkäaikaishoidon periaatteet 15§ Palveluntarveselvitys 16§ Palvelusuunnitelma
tasa-arvoisuus; hoito ja huolenpito on laadultaan samankaltaista riippumatta asiakaskohtaisista ominaisuuksista kuten iästä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, rodusta, asiakkaan sosioekonomisesta tilanteesta tai maantieteellisestä sijainnista;	15§ Palveluntarveselvitys 16§ Palvelusuunnitelma
turvallisuus, hoito ja huolenpito minimoi terveys- ja turvallisuus riskit sekä asiakkaan vahingoittumisen uhan;	14§ Pitkäaikaishoidon periaatteet 14a§ Pitkäaikainen laitoshoido

*taulukossa sana ”terveydenhuolto” on korvattu ilmaisulla ”hoito ja huolenpito”

Vuoden 2014 tilanteen tarkastelu osoittaa (kuvio 10), että terveyskeskuksen pitkäaikaissosastoilla on selkeästi korkein keskimääräinen mitoitus ja eniten osaamista arvioituna sairaanhoitajien osuudella. Kuitenkin terveydentilan vakaus on keskimäärin sama kuin vanhainkodeissa ja päivittäisen toimintakyvyn ja kognition vajuus suunnilleen sama. ADL:n keskiarvo on jopa kevyempi mutta kognition vajuus hieman syvempi. Terveyskeskusten pitkäaikaissosastojen ja vanhainkotien väliselle keskimääräiselle mitoituserolle ei kuvion 10 pohjalta ole perusteita. Palvelutalojen keskimääräinen asiakasprofiili on sekä kognition että arkisuoriutumisen osalta laitoshoidoa kevyempi mutta terveydentilan vakauden osalta samaa luokkaa kuin laitoshoidossa. Vanhainkoteihin nähden palvelutalot olivat vuonna 2014 henkilöstön osalta keskimäärin ylimitotettuja.

Kotihoidon mitoitus on kuviossa 10 laskettu arviona vain säännöllisille asiakkaille. Sama henkilöstö hoitaa sekä säännölliset että tilapäiset asiakkaat. Lisäksi joissain kunnissa kotihoito kattaa palvelutaloissakin osan yöaikaisesta työstä. Koska vuoden 2014 kotihoidon 30.11. asiakasmäärä ei ole tiedossa, kuvioon 10 on laskettu vanhuspalvelulain seurannassa saatu toteutunut henkilöstö määrä (n=13 488) jaettuna 73 000 säännöllisen kotihoidon asiakasmäärällä 87 % peittävyys mukaan (Noro ym. 2015). Jos tilapäisten asiakkaiden osuus olisi yhtä suuri kuin säännöllisten asiakkaiden, mitoitus

onkin 0,105 ja jos se olisi kolmasosa säännöllisten asiakkaiden osuudesta, kotihoidon mitoitus on 0,14. Oleellista on, onko kotihoidon mitoitus lähimainkaan riittävä, jotta edes nykyisiin saati sitten tuleviin haasteisiin voitaisiin vastata asianmukaisesti. Kuvion 10 esiin nostamiin kysymyksiin vastaaminen ja sen pohjalta toimenpiteisiin ryhtyminen edellyttää tilastollisia analyysejä nopealla aikavälillä.

Vanhuspalvelulain seurantalutkimus osoitti palvelutarpeen arvioinnin toimintakyky-osion toteutuneen asumispalveluissa 93 prosentilla arkitoimista suoriutumisen, 91 prosentilla kognition, 63 prosentilla psyykkisen toimintakyvyn, 54 prosentilla fyysisen toimintakyvyn ja 37 prosentilla sosiaalisen toimintakyvyn osalta kaikista palvelujen tuottajista (Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan tulokset 2014.)

Yksilötasolla palvelutarpeen arviointi näyttää olevan vanhuspalveluissa hyvässä vauhdissa, mutta saadun tiedon hyödyntäminen ja resurssien allokoiminen tarpeiden mukaisesti näyttää tässä maratonissa olevan vielä lähtökuopissaan.

TERVEYSKESKUS, PITKÄAIKAISOSASTOT		HENKILÖSTÖ	%
ADL (ka, asteikko 0–6)	4,22 (std 1,87)	Terveiden- tai sairaanhoitaja	27
CPS (ka, asteikko 0–6)	3,71 (std 1,97)	Lähihoitaja	64
CHESS (ka, asteikko 0–5)	1,37 (std 1,29)	Terapeutti	1
Mitoitus, hoitaja/hhlö	0,68–0,69	Avustaja/apulainen	3
VANHAINKOTI		Terveiden- tai sairaanhoitaja	13
ADL (ka, asteikko 0–6)	4,33 (std 1,62)	Lähihoitaja	76
CPS (ka, asteikko 0–6)	3,69 (std 1,71)	Terapeutti	1
CHESS (ka, asteikko 0–5)	1,37 (std 1,27)	Avustaja/apulainen	6
Mitoitus, hoitaja/hhlö	0,58–0,64		
PALVELUTALO (tehostettu)		Terveiden- tai sairaanhoitaja	13
ADL (ka, asteikko 0–6)	3,14 (std 1,84)	Lähihoitaja	76
CPS (ka, asteikko 0–6)	3,21 (std 1,66)	Terapeutti	1
CHESS (ka, asteikko 0–5)	1,39 (std 1,25)	Avustaja/apulainen	5
Mitoitus, hoitaja/hhlö	0,61–0,64 (ka)		
KOTIHOITO		Terveiden- tai sairaanhoitaja	12
ADL (ka, asteikko 0–6)	0,67 (std 1,25)	Lähihoitaja	70
CPS (ka, asteikko 0–6)	1,47 (std 1,24)	Terapeutti	0
CHESS (ka, asteikko 0–5)	0,81 (std 1,05)	Avustaja/apulainen	11
Mitoitus, hoitaja/hhlö	0,21 (ka) arvio*		

Lähteet: RAI-tietokanta 2014, THL. Mitoitus ja henkilöstörakenne: Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta

KUVION SELITTEET:

ADL, hierarkkinen ADL mittari. Asteikolla 0–6 0=itsenäinen ja 6=täysin autettava

CPS, kognitiomittari, Asteikolla 0–6 0=normaali ja 6=erittäin vaikea vajuus

CHESS, terveydentilan vakaus, Asteikolla 0–5 0=erittäin vakaa ja 5=erittäin epävakaa terveydentila

*Kotihoidon mitoitus on laskettu vuodelle 2014 arvioitujen säännöllisten asiakkaiden mukaan (73 000 asiakasta) ja kotihoidon syksyllä 2014 toteutuneen henkilöstön (n= 13 488) ja 87% peittävyys mukaan

KUVIO 10. Palvelun tarpeen ja tarjolla olevan hoivan määrän ja osaamisen vastaavuus palvelutyypeittäin 2014.

Laatusuositus

Vaikka lainsäädäntö normittaaakin yhteiskunnan toimintaa ja samalla viitoittaa tietä ajattelulle, se jättää tilaa konkreettisemmalle suunnittelulle. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi julkaistiin vanhuspalvelulain voimaantulon yhteydessä vuonna 2013. Suositus tukee vanhuspalvelulakia syventämällä useiden pykälien sisältöä ja sanoittamalla lain henkeä (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.) Laatusuositus sisältää seitsemän pääkohtaa:

1. Osallisuus ja toimijuus
2. Asuminen ja elinympäristö
3. Terveiden ja toimintakykyisen vanhuuden turvaaminen
4. Oikea palvelu oikeaan aikaan
5. Palvelujen rakenne
6. Hoidon ja huolenpidon turvaajat
7. Johtaminen

Laatusuosituksen pääkohdat ilmaisevat toiminnan suuntaa vanhuspalvelujen laatusuositusta kehitettäessä: Tarvitsemme lisää tietoa laadun rakennetekijöistä – muustakin kuin henkilöstöstä, asiakkaan ääni ei vielä kuulu, etenkin silloin kun hän on muistisairas ja johtaminen tarvitsee sekä sisällöllistä tukea että seurantakriteereitä

Kansallinen muistiohjelma

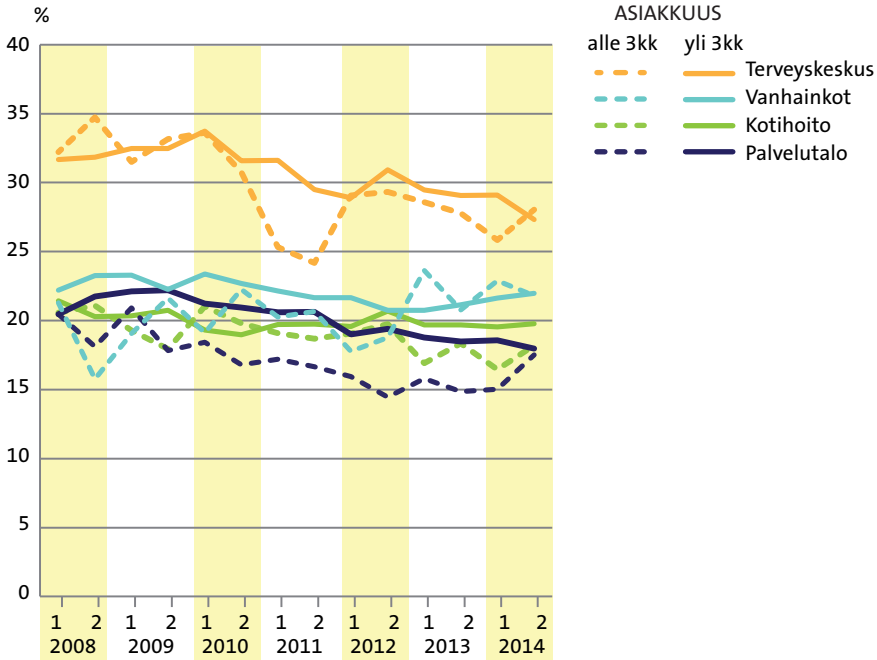
Kansallinen muistiohjelma julkaistiin toukokuussa 2012. Sen tavoitteena on rakentaa muistiystävällinen Suomi vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman neljä pääkohtaa ovat 1) aivoterveiden edistäminen 2) oikeat asenteet 3) hyvä elämänlaatu oikea-aikaisen tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin 4) tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen

Kansallinen muistiohjelma koskettaa erityisesti vanhuspalveluita koska kotihoidon asiakkaista 40 prosentilla on muistisairaus ja 60 prosentilla kognition vaje kun taas vanhusten asumispalveluiden ja laitoshoidon asiakkaista 70 prosentilla on muistisairaus ja 95 prosentilla kognition vaje.

Kuvio 11 osoittaa, että useammalla kuin joka neljännellä terveyskeskuksen pitkäaikaisasukkaista on kognition vaje ilman muistisairauden diagnoosia, kun vastava tilanne on joka viidennellä vanhainkotien ja joka kuudennella palvelutalojen ja kotihoidon asukkaista. Vaikka tämän asiakasryhmän osuus on vähenemässä, alle kolme kuukautta hoitoa saaneilla merkittävin vähenemä esiintyy terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla. Tavoitteena pitäisi olla se, että viimeistään kotihoidossa tiedetään mitä hoidetaan.

Muita kansallisia ohjeita ja linjauksia

Joukko päivitettyjä hoito-ohjeita ja linjauksia hyvän hoidon laadun saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi löytyy terveysportin käypä hoito sivustoilta (www.terveysportti.fi) ja eettisiä ohjeita Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) verkkosivuilta (www.etene.fi).



KUVIO 11. Kognition vajeus (CPS=2–6) ilman muistisairauden diagnoosia vanhuspalveluita alle ja yli 3 kk saaneilla (%) vuosina 2008–2014 laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa (n = 192 094 arviointia).

Yhteenveto ja pohdinta

Laatu on monitekijäinen ja moniulotteinen suure, joka liikemaailman termein aina viime kädessä on ”*ostajan silmissä*”. Vanhuspalvelujen asiakkaan näkökulma poikkeaa liikemaailman ja markkinatalouden tarkoittamasta asiakasnäkökulmasta siten, että palvelun vastaanottaja ei välttämättä ole kuin murto-osalta palvelun maksaja. Lisäksi palvelun vastaanottaja osaa vain poikkeustapauksessa arvioida, onko palvelu ollut hänen tarpeitaan vastaavaa ja palvelun maksaja puolestaan ei välttämättä edes tiedä millaisia palvelun vastaanottajan tarpeet milloinkin ovat. Tämän vuoksi moninäkökulmainen tarkastelutapa tuntuu luontevimmalle vanhuspalveluiden laatua arvioitaessa.

Tämän artikkelin johtavina teemoina ovat olleet 1) sen tarkastelu, saako vanhus sitä mitä hän haluaa ja tarvitsee, 2) millainen sija tarpeen arvioinnilla näyttää olevan laadun muodostumisessa 3) mitä laatualueita kannattaisi lähteä kehittämään 4) vaikuttavatko Suomen vanhuspalvelut yleisesti ottaen kustannusvaikuttavuuden kannalta järkevästi järjestetyiltä.

Suurien linjojen osalta voidaan todeta monien perusasioiden olevan Suomessa muun maailman tilanteeseen nähden hyvällä tolalla. Meillä on vanhuspalvelulaki, kansalliset laatusuosituksen ja kansallinen muistiohjelma. Meillä on hyvin koulutettu

henkilöstö, jonka määrä vaikuttaa keskimäärin riittävälle vaikka voimavarojen kohdentaminen ontuukin.

Vanhus näyttää tulevan kohtuullisen tasapuolisesti arvioiduksi kaikkialla maassa vähintään arksuoriutumisen ja kognition osalta. Psykkisen ja erityisesti sosiaalisen toimintakyvyn sekä vuorovaikutuksen arviointi on kirjavampaa ja usein puutteellista lukuun ottamatta RAI-järjestelmän käyttäjiä. Tarpeen arviointia ei kuitenkaan vielä hyödynnetä sen koko potentiaalin mitalla. Laatualueista koettu hoidon laatu on vanhuspalvelulain myötä tulossa käyttöön laajassa mittakaavassa, johtamisen systemaattinen kehittäminen ja seuranta sekä kustannusvaikuttava palvelujen järjestäminen sekä -toiminta ovat vielä kehittämiskohteita. Strategisesti osataan linjata mihin pitäisi ja voitaisiin päästä: sairaalatasoisen pitkäaikaishoidon lakkauttamiseen, vanhainkotihoiton vähentämiseen ja eritasoisen palveluasumisen lisäämiseen ja – ennen kaikkea – kotihoidon kehittämiseen. Operatiivisesti tämän toteuttaminen on liian monilla paikkakunnilla vasta suunnitelmissa.

Mitä sitten pitäisi tehdä? Rakennemuutos kannattaa toteuttaa asiakkaan, ei talouden, tarpeista lähtien. Tärkeintä on, ettei laitospaikkojen vähentämisestä syntynyt säästöä ulosmitata saman tien vaan henkilöstön määrää ja osaamista käytetään viisaasti kotihoidon ja kuntoutuksen vahvistamiseen. Lisäksi kannattaa edelleen kehittää sitä ammatillisen hoidon laadun parantamistyötä, joka alkoi jo vuosituhannen alussa. Lähijohtajien työpanoksen vapauttaminen hoitotyön sisällön kehittämiseen erityisesti kotihoidossa, on yksi merkittävimmistä avainasioista.

LÄHTEET

- Asiakasrakenne. Lähde RAI-tietokanta 2014, THL
Assessing Care for Vulnerable Elders (ACOVE). Löydettävissä <http://www.rand.org/health/projects/acove.html>
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1966; 44(Suppl.): 166–203.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 1980;988;260:1743–1748
- Donabedian A. Evaluating quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729
- ETENE löydettävissä <http://www.etene.fi/fi>
- Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmermann D, Dalby DM, Aliaga P, Hammer S, Jones R Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. *Gerontologist* 2004;44(5): 665–679
- Hirdes JP, Frijters D, Teare G. 2003. The MDS CHES Scale: A New Measure to Predict Mortality in the Institutionalized Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(1): 96–100.
- Hoffmann F, Maas F, Rodrigues R, Bruckmüller A, Gross S, Kattnigg A, Leichsenring K, Schlüter W, Staflinger H, Schnabel E, Brucker U, Burkert A, Braun H, Grobe D, Meyer J, Minkman M, Pel R, Mak S. Measuring progress. Indicators for care homes. Progress. The EU-programme for employment and social solidarity. 2010. Löydettävissä http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf
- Kane RA. Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable practice, Research, and Policy Agenda. *Gerontology* 2003;43, Special IssueII: 28–36
- Käypä hoito löydettävissä: www.terveysportti.fi
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Löydettävissä http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) Löydettävissä <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L4P23>

- Mitoitus ja henkilöstörakenne: Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta. Löydettävissä <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/index.html>
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V, Lipsitz L. 1994. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49(4): M174–M182.
- Morris JN, Fries BE, Morris SA. 1999. Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 54(11): M546–M553
- Norden. Julkaisut. Löydettävissä http://www.norden.org/fi/julkaisut/publication_topics_view
- Noro A, Alastalo H, Finne-Soveri H, Mäkelä M. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2, Helmikuu 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H, Alastalo H. Henkilöstörakenne on vahvistunut ympärivuorokautisessa hoidossa vuodesta 2013 vuoteen 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 26, marraskuu 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- OECD. June 2013. A good life in old age? Löydettävissä <http://www.oecd.org/els/health-systems/good-life-in-old-age.htm>
- OECD. 2011. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Löydettävissä <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>
- Sinha SK. Living longer living well. Report Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care and the Minister Responsible for Seniors on recommendations to Inform a Seniors Strategy for Ontario 2012
- Sosiaalihuoltolaki (710/1982). löydettävissä <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) Löydettävissä <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- United Nations. Löydettävissä: http://esa.un.org/unpd/ppp/Figures-Output/Population/PPP_Old-age-Dependency-Ratio.htm
- Zimmermann DR, Karon SL, Arling G, Clark BR, Collins T, Ross R, Sainfort F. Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators. *Health Care Financ Rev.* 1995 Summer; 16(4): 107–127. PMID: PMC4193525
- Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan tulokset 2014. Löydettävissä <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/index.html>
- Väestötilastot 2012, Tilastokeskus. Löydettävissä http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html
- WHO 2006. Quality of health care. A process of making strategic choices in health systems. Löydettävissä http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

ONNISTUMISEN PROSESSEJA ∞ RAI APUNA KEHITTÄMISESSÄ



JOHDANTO

Rauha Heikkilä, Teija Hammar & Britta Sohlman

Vanhus- ja mielenterveyspalveluissa visio, näky hyvästä, toivotusta tilasta tarkoittaa henkilön ja läheisten hyvää oloa. Ensisijaisena lähtökohtana on henkilön tarve, jolle asetetaan tavoite ja suunnitellaan keinot tavoitteen saavuttamiseksi. Hoitotyön periaatteet ohjaavat toimintaa. Vision saavuttaminen edellyttää toimintaa, mutta myös toiminnan kehittämisestä ja vaikutusten jatkuvaa seurantaa (vrt. Raatikainen 1991.) Donabedian (1969) mukaan kehittämistoiminnan arviointi sisältää tulos-, prosessi- ja rakennearvioinnin.

Tulosarviointi käsittää mm. henkilön terveydentilan ja toimintakyvyn arvioinnin sekä arvion siitä, minkälainen käsitys henkilöllä itsestään on. Kattava ja monipuolinen palvelutarpeiden selvittäminen on tärkeää. Tämän turvin voidaan varmistaa, että henkilö saa tarpeitaan vastaavat, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut (Vanhuspalvelulaki 980/2013; 15§, Valvira 2012). Palvelutarpeita tulee arvioida luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen. Yhtenä menetelmänä on RAI –arviointijärjestelmä, jonka avulla saadaan esille henkilön voimavarat sekä hoidon tarve. RAI-arviointitietoa hyödynnetään yksilötasolla palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisen apuvälineenä (Morris ym. 1990, Hawes ym. 1997). Palvelu- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä sekä kehittää palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä palvelujärjestelmässä (Päivärinta & Haverinen 2002) sekä turvata henkilölle tarpeitaan ja toimintakykyään vastaavat palvelut (Rintala 2003). Asiakkaan tarpeita vastaavan palvelu- ja hoitosuunnitelman tekeminen edellyttää työntekijöiltä paitsi hoitotyön tietoperustan hyvää hallintaa myös kykyä tehdä eettisesti hyväksyttäviä päätöksiä sekä osaamista RAI-arvioinnin tekemiseen (vrt. Hallila 1998).

Prosessiarviointi kohdistuu toimintaan mm. hoitosuhteen, hoitomenetelmien laadun ja toiminnan arviointiin. RAI-arviointi on aina vuorovaikutustilanne, jossa on läsnä arvioitava henkilö, mahdollisuuksien mukaan hänen läheisensä sekä työntekijä. RAI-arviointitietoa hyödynnetään ensisijaisesti henkilön hoidon ja palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Yksittäisistä RAI-arviointitiedoista kootaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta kansallinen tietovaranto. Tämä mahdollistaa vertailukehittämisen yksikkö-, organisaatio- ja kuntatasolla. Vertailukehittämiseen kuuluu samankaltaisuuteen perustuva vertaisarviointi, yhteisesti sovittujen laatuindikaattoreiden käyttö sekä oman työn kehittäminen parhaista käytännöistä oppimalla. Toiminnan kehittäminen on pitkäjänteistä ja systemaattista työtä, joka edellyttää hyvää johtajuutta.

Rakennearvioinnissa huomioidaan mm. palvelujen integroituminen, hoidon jatkuvuus, resurssit, yhteistyö, tiedonkulku ja johtaminen. Kuntien yhtenä tehtävänä on järjestää väestölleen lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Terveystuoltolaki 1326/2010, Vanhuspalvelulaki 980/2013, Mielenterveyslaki 1990/1116). Palvelujen järjestämiseen luovat haasteita väestön ikääntyminen, työvoiman saatavuus ja palvelurakenne. Tilaaatoiminnan ja palvelujen tuotannon eriyttämisellä luodaan palvelutuottajien välille kilpailua ja kannustimia, jotka parantavat tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelujen laatua sekä edistävät joustavaa toiminnan uudistamista (Stenvall & Airaksinen 2009.) Rakennemuutokset vanhus-, mielenterveys- ja kehitysvamma palveluissa heijastuvat koko palvelujärjestelmän suunnitteluun ja tulosten seurantaan huomioiden toimivat hoitoketjut (Finne-Soveri ym. 2014). RAI-järjestelmän avulla pystytään ennakoimaan väestön palvelutarpeita, kehittämään palveluita väestön tarpeisiin perustuen ja seuraamaan palvelujen laatua ja toiminnan tuloksellisuutta.

Kirjan luvun 2 tarkoituksena on kuvata RAI asiantuntijuuden kasvuprosessia ja käsitellä RAI-järjestelmästä saatavan tiedon hyödyntämisen mahdollisuuksia henkilön palveluiden ja hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä toiminnan kehittämisessä ja johtamisen apuvälineenä.

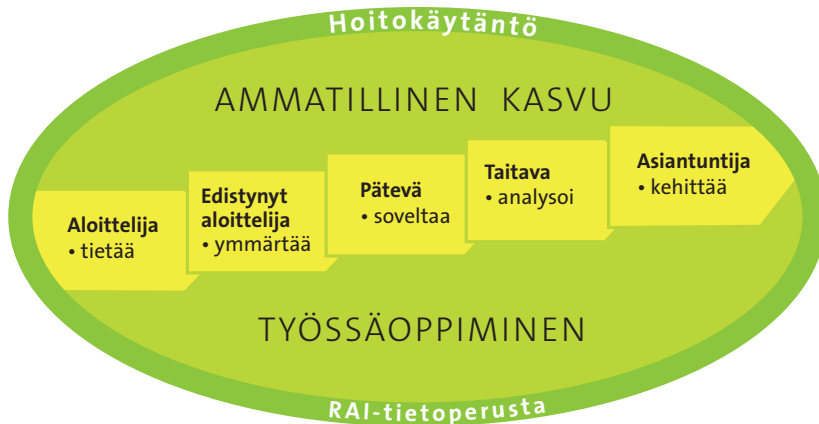
2.1 Organisaatiolähtöisistä asiakkaan näköisiin palveluihin

Aloittelijasta asiantuntijaksi – RAI-arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua

*Rauha Heikkilä, Teija Hammar, Britta Sohlman,
Paula Andreasen & Harriet Finne-Soveri*

Artikkelissa tarkastellaan työntekijän kehittymistä RAI:n teknisestä täyttäjäs-
tä RAI-arviointitiedon hyödyntäjäksi iäkkään henkilön elämisen tukemisessa. RAI-arvioinnista saatu tieto yhdessä muun tiedon kanssa kertoo hoidon ja palvelujen tarpeesta sekä luo pohjan hoidon ja palvelujen suunnittelulle ja arvioinnille. Asiantuntijuudella tarkoitetaan hoitajan ammattiin kiinnittyvää erityisosaamista, joka kehittyy koulutuksen ja työkokemuksen myötä. Ammatillinen kasvu on sekä työyhteisön että yksittäisen työntekijän kehittymistä työssä ja työstä kohti asiantuntijuutta (Laakkonen 2004.) Hoitajien ammatillisessa kasvu- ja työssä oppimisprosessissa kehittyy myös RAI-osaaminen, jotka yhdessä vaikuttavat yksikön hoitokäytäntöjen kehittymiseen (Kuvio 1.)

Yleisimmin esitetty kuvaus asiantuntijuuden kehittymisprosessista on Bennerin malli (Benner 1969), missä ammatillinen kasvu jaetaan viiteen vaiheeseen: aloittelija, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Tätä mallia voidaan hyödyntää, kun kuvataan kehittymistä RAI-asiantuntijaksi.



KUVIO 1. Hoitajan ammatillinen kasvu asiakkaan elämisen tukemisessa RAI:n avulla.

- **Aloittelija** on vasta-alkaja RAI-arvioinnin tekemisessä. Koulutuksissa hän tutustuu RAI-arviointijärjestelmään ja sen käyttömahdollisuuksiin sekä arvioinnin tekniseen suorittamiseen. Aloittelija *tietää* RAI-arvioinnin sisällön ja periaatteet.
- **Edistynyt aloittelija** kykenee toteuttamaan RAI-arvioinnin yhdessä toisen, kokeneen RAI-arvioijan opastuksella. Edistynyt aloittelija *ymmärtää* kysymysten sisällöllisen merkityksen käyttäen arvioinnin apuna RAI-käsikirjaa.
- **Pätevä hoitaja** toteuttaa RAI-arvioinnin vuorovaikutuksessa henkilön ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa. Pätevä hoitaja osaa tulkita mittarit ja henkilön voimavaroista kertovat CAPsit/RAPsit sekä *soveltaa* edellä mainittuja tietoja palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa.
- **Taitava hoitaja** näkee RAI-arvioinnin osana henkilön kokonaisvaltaista hoitoa ja osaa hyödyntää eri näkemyksiä henkilön elämäntilanteesta. Taitava hoitaja asettaa asiat tärkeysjärjestykseen, reagoi henkilön muuttuviin tilanteisiin ja sen pohjalta tekee uuden RAI-arvioinnin. Taitava hoitaja *analysoi* RAI-arvioinneista saatavaa tietoa yksilöllisen ja asiakaslähtöisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa.
- **Asiantuntija hoitaja** on kokenut RAI-arviointitiedon hyödyntäjä, hänellä on paljon kokemusta RAI-arviointien tekemisestä ja RAI-tiedon hyödyntämisestä asiakkaan palvelujen ja hoidon suunnittelussa. Lisäksi asiantuntija hoitaja *kehittää* RAI-tietoon pohjautuvia hoitokäytäntöjä sekä kouluttaa ja ohjaa muuta henkilökuntaa hyödyntämään RAI-arviointitietoa henkilön hoidossa.

Jokaisen vaiheen aikana tapahtuvaan kehittymiseen vaikuttaa hoitajan työkokemus ja ammatillinen kasvu. Ammattitaito on kykyä toimia oikein vaihtuvissa tilanteissa sekä systemaattisen ajattelutavan omaksumista. Asiantuntijuus ilman todellista toimintaympäristöistä hankittua kokemusta ei ole mahdollista (Laakkonen 2004.)

Kehittyminen aloittelijasta RAI-asiantuntijaksi on pitkäjänteistä ja tavoitteellista toimintaa. Lähiesimies varmistaa, että työntekijä hallitsee RAI:n huolehtien tarvittavasta koulutuksesta, ja tukee työntekijän ammatillista kasvua. Työntekijän vastuulla on RAI:n opettelu ja käyttö sekä halu kasvaa ja kehittyä. On todettu, että tehokkaimista osaamisen kehittämisen keinoista on yhdessä työssä oppiminen ja tiedon siirtäminen työyhteisössä puhumalla ja keskustellen (Virtanen & Stenvall, 2010.) RAI-arvioinnin haasteita aloittelijalle on arviointikysymysten ymmärtäminen ja itse arvioinnin suorittaminen. Pätevä RAI:n tekijä tarvitsee vertaistukea RAI-arvioinnista saatavan tiedon tulkitsemiseen ja niiden hyödyntämiseen asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmassa. (vrt. Ikko 2009)

Esimerkki iäkkään henkilön RAI-arviointiprosessista

Toivo Meikäläisen vaimo Hilma on ottanut yhteyttä kunnan asiakasohjaukseen, koska hän ei enää selviä yksin Toivon hoitamisessa ja toivoo saavansa kunnalta apua ja tukea. Varsinkin muistisairaana ihmisen palvelutarpeen arvioinnissa on tärkeää kuunnella läheistä, joka pystyy kertomaan paitsi taustatiedot henkilöstä, niin myös kuvauksen



KUVIO 2. RAI-arviointiprosessi.

tämän päivittäisestä elämästä: mistä henkilö selviää itse ja missä avuntarve ilmenee, sekä myös harrastukset, mieltymykset ja toiveet. Tässä esimerkissä asiakasohjaaja oli Hilman ensikontakti, mutta hoitaja kotihoidosta suorittaa palvelutarpeen arvioinnin RAI:ta hyödyntäen. Toimintakäytännöt palvelutarpeen arvioinnissa vaihtelevat kuitenkin kunnittain. Kuviossa 2 on esitetty RAI-arviointiprosessin kulku.

Ensimmäinen vaihe: Alkukartoitus ja tiedon keruu

Hilman kertomuksen perusteella asiakasohjaaja ja kotihoidon hoitaja pystyvät muodostamaan alustavan kuvan Toivon ja Hilman tilanteesta. Heille selviää, että Toivo on 90-vuotias mies, joka asuu vaimonsa kanssa pientilalla. Hän on ollut maanviljelijä ja tottunut liikkumaan vapaasti omassa pihapiirissä, kylällä ja metsässä – tämä on edelleen hänelle tärkeitä. Toivo pystyy liikkumaan sisätiloissa ilman apuvälinettä, mutta ulkona apuna on keppi. Hän on ollut ja on edelleenkin hyvin seurallinen mies, mutta muistisairaus vaikeuttaa ihmisten tunnistamista. Välillä hän ei tunne edes vaimoaan Hilmaa, jonka kanssa on ollut naimisissa yli 50 vuotta. Luonteeltaan Toivo on lempeä ja ystävällinen, mutta tilanteissa, joissa hän ei tunnista toista ihmistä, hän ahdistuu ja on äkinäinen. Toivolla esiintyy myös vaeltelua, varsinkin silloin kun vaimo viipyy liian pitkään kauppareissulla. Tällöin hän lähtee naapuriin tai muihin lähitaloihin hake-

maan vaimoan eikä osaa tulla enää takaisin. Myös yöt ovat vaikeita, sillä Toivo nukkuu vain lyhyitä pätkiä ja herätessään lähtee ulos. Asiakasohjaajalle ja hoitajalle selviää myös, että Hilma on hyvin uupunut, koska hän huolehtii kaikista kotitaloustöistä ja kaupassa käynneistä sekä auttaa Toivoa päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi Toivon yölliset heräämiset rasittavat Hilmaa.

Lainsäädännön (Vanhuspalvelulaki 980/2013, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014) perusteella iäkkäällä henkilöllä on oikeus päästä palvelutarpeen arviointiin kiireellisessä tapauksessa välittömästi ja ei-kiireellisessä tapauksessa viikon sisällä. Hilman ja asiakasohjaajan tapaamisen perusteella sovittiin, että hoitaja tulee tekemään Toivon ja Hilman kotiin tarkemman selvityksen tilanteesta ja suorittaa tämän käynnin yhteydessä myös RAI-arvioinnin. RAI:n avulla Toivon toimintakyky voidaan arvioida luotettavasti huomioiden toimintakyvyn eri osa-alueet: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen, sosiaalinen. Toimintakyvyn arviointi on keskeinen osa palvelutarpeen arviointia, mutta tämän lisäksi kartoitetaan Toivon terveydentila sekä asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät kuten asunnon varustetaso, kodinmuutostöiden tarve ja lähi- ja asuinympäristön esteettömyys ja turvallisuus. Kotikäynti antaa kuvan kokonaistilanteesta ja kertoo sen, miten Toivon ja Hilman arki sujuu kotona. Kokonaistilanteen hahmottamisella on helpompi määritellä palvelutarpeet sekä suunnitella toiminta siten, että se mahdollistaa Toivon kotona asumisen, mutta myös tukee Hilmaa ja auttaa hänen jaksamisessa.

Toinen vaihe: RAI-arvioinnin toteuttaminen sekä tietojen vieminen ohjelmistoon

Luotettavan RAI – arvioinnin toteuttaminen vaatii tietoa, taitoa ja teknistä osaamista, mutta myös aikaa. Jokaisen kysymyksen kohdalla on pysähdyttävä mietittämään, mitä tällä kysymyksellä tarkoitetaan ja mihin tämä kysymys antaa vastauksen. Arvioinnin suorittamisen apuna käytetään RAI-käsikirjaa (Morris ym. 1999), joka selventää käsitteitä, ohjaa arviointiin ja kirjaamiseen liittyvissä kysymyksissä sekä tarjoaa esimerkkejä arvioinnin tueksi. Systemaattisesti suoritettu arviointi takaa sen, että kokonaistilanne käydään huolellisesti läpi unohtamatta oleellisia osa-alueita ja havaittuihin oireisiin, toimintakyvyn vajeisiin ja mahdollisiin riskitekijöihin puututaan mahdollisimman nopeasti. Lisäksi systemaattisella tavalla koottu arviointitieto on luotettavaa siinäkin tapauksessa, että arvioinnin suorittaja vaihtuu. RAI-arvioinnista saatavat tiedot syötetään tietokoneohjelmistoon arviointia tehdessä tai jos tähän ei ole mahdollisuutta, niin välittömästi arvioinnin tekemisen jälkeen.

Toivon RAI-arvionnin toteutus

Hoitaja aloitti arviointikäynnin esittämällä muutaman ns. ”tutustumiskysymyksen”, joiden tarkoituksena oli käynnistää vuoropuhelu pariskunnan kanssa. Sitten hän kertoi RAI-arvioinnin tarkoituksen ja periaatteet. Tämän jälkeen hoitaja aloitti varsinaisen RAI-arvioinnin, joka tapahtui yhdessä Toivon ja Hilman kanssa haastattelun ja havainnoinnin avulla. Kysymykset esitettiin nimenomaan Toivolle ja tarvittaessa myös Hilmalle. Lisäksi hoitaja täydensi ja tarkisti myöhemmin tietoja potilasasiakirjoista.

Hän myös hyödynsi RAI-ohjelmistossa olevaa ”lisämerkintä” – kohtaa, johon hän kirjasi arvioinnissa esiin tulleita oleellisia tietoja. Samalla hän mietti jo ennakkoon, miten näitä hyödynnetään palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa. Hoitaja eteni RAI-osioista toiseen Toivon ehdoilla; on tärkeää, että arviointia ei tehdä rutiinimaisesti, vaan osioiden järjestystä vaihdellaan kulloisenkin tilanteen mukaan. Hoitajan tarkoituksena oli tehdä kattava ja luotettava arviointi Toivon ja Hilman tilanteesta. Lähelläkohtana oli maksimoida Toivon toimintakyky ja elämänlaatu, havaita hänen terveyteensä liittyviä ongelmia ja varmistaa, että Toivo voi asua kotona niin kauan kuin mahdollista. Samalla hoitaja kartoitti Hilman tilannetta ja etsi keinoja hänen jaksamisensa tukemiseksi.

Kolmas vaihe: RAI-arvioinnin tulokset

Kun RAI-arviointi on suoritettu loppuun ja lukittu, antaa tietokoneohjelma erilaisia mittarituloksia ja tunnuslukuja henkilön toimintakyvystä, terveydentilasta ja mahdollisista henkilöön tai asuinympäristöön liittyvistä riskitekijöistä sekä ilmoittaa aktivoituista CAPseistä (Client assessment protocols – voimavarat, riskitekijät). Lisäksi tulokset kertovat tietoja henkilön käyttämistä palveluista ja hänen tukena olevasta sosiaalisesta verkostosta mm. virallisista ja epävirallisista auttajista.

RAI-arvioinnin tekijän tulee osata tulkita RAI:sta saatavaa tietoa. Jokaisen mittarituloksen, tunnusluvun tai CAPsin takana on selitys sille, mistä tekijöistä juuri tämä tulos on kyseessä olevan henkilön kohdalla muodostunut. On hyvä muistaa, että sama mittariarvo eri henkilöillä voi tarkoittaa eri asiaa. Esimerkiksi fyysistä toimintaky-

TAULUKKO 1. RAI-arvioinnista saatavia mittareita, tunnuslukuja ja CAPsien osa-alueita

Mittarit ja tunnusluvut	CAP:sien osa-alueet
Fyysinen toimintakyky: • ADL_6, hierarkkinen • ADL_28, laaja • ADL_16, suppea • IADL-mittarit	Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät Pidätyskykyyn liittyvät
Terveydentilaa kuvaavia mittareita ja tunnuslukuja • Kipuasteikko PAIN_3 • Painoindeksi BMI • CHESS, terveydentilan vakaus-mittari	Terveysongelmiin liittyvät Aistitoimintoihin liittyvät
Kognitiivinen toimintakyky • CPS_6	Kognitioon liittyvät
Psyykinen toimintakyky • Masennusmittari, DRS_14 • käytösoireet	Masennukseen ja käyttäytymiseen liittyvät
Sosiaalinen toimintakyky	Sosiaaliseen toimintaan liittyvät
Ympäristötekijät	Ympäristön arviointiin liittyvät
Palvelutarpeen arviointi • MAPLe	Palvelujen tarkistamiseen liittyvät

kyä kuvaavasta hierarkkisesta ADL – mittarista saatu arvo kolme voi tarkoittaa toisen henkilön kohdalla runsasta avuntarvetta WC:n käytössä ja toisella runsasta avun tarvetta henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta. Hoitajan on aina mentävä mittariarvon, tunnusluvun ja CAPsien ”taakse” ja löydettävä syy tulokselle. Käsikirja esimerkkeineen sekä kollegoiden kanssa käydyt keskustelut auttavat tulosten tulkinnessa.

Toivon RAI-arvioinnin tulokset

Hoitaja tarkasteli Toivon RAI-arvioinnin tuloksia ja pohti, mistä tulokset johtuivat, miten nämä näkyivät Toivon päivittäisessä elämässä ja miten niihin tulisi puuttua. Hän myös huomioi Toivon mielipiteet omista tarpeistaan ja voimavaroistaan. Hoitaja poimi Toivon tämän hetkisen elämän kannalta oleellisia mittarituloksia:

IADL (0–6): 6

ADL (0–6): 1

CPS (0–6): 3

DRS (0–14): 3

Kipu (0–3): 0

Toivo on saanut mittarista ”*Vaikeudet IADL – toiminnoissa*” arvon kuusi. Tämä tarkoittaa, että Toivolla on paljon vaikeuksia aterioiden valmistamisessa, tavallisten kotitöiden suorittamisessa ja puhelimen käytössä. Mittarin ”*Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen*” (ADL_h) arvo näyttää ykköstä eli Toivo tarvitsee ohjausta WC:n käytössä ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta. Kognitiokykyä arvioivan mittarin (CPS) arvo kertoo, että Toivolla on kognition keskivaikea heikkeneminen. Tämä ilmenee Toivon kyvyssä tehdä päätöksiä sekä ymmärretyksi tulemisessa. Masennusmittarin (DRS) arvo oli kolme, joka Toivon kohdalla merkitsi sitä, että hän ärsyyntyy helposti ja kokee yksinäämisen pelkoa.

CAPsit toimivat palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisen apuvälineenä. Toivon RAI-arvioinnin perusteella aktivoituivat seuraavat CAP:sit:

CAP 1 Kuntoutumismahdollisuus

CAP 2 Kommunikaatiovaikeudet

CAP 4 Laitoshoitoon joutumisen uhka

CAP 8 Kognitiivinen kyky

CAP 9 Käyttäytyminen

CAP 10 Masennus ja ahdistuneisuus

CAP 12 Sosiaalinen toiminta

CAP 15 Kaatuminen

CAP 28 Ympäristön arviointi

CAP 29 Suolentoiminta

CAP 30 Virtsanpidätyskyvyttömyys

Neljäs vaihe: RAI-tiedon hyödyntäminen tavoitteellisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa

RAI-arviointi konkretisoituu palvelu- ja hoitosuunnitelmassa, johon dokumentoidaan arvioinnin tulokset ja yhteistyössä asetetut tavoitteet. Nämä tiedot ohjaavat hoidon ja palvelun toteutusta sekä sitä, miten ja milloin tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Yksilöllisen ja tavoitteellisen palvelu- ja hoitosuunnitelman rakentaminen lähtee liikkeelle tulosten tarkastelulla. Mittaritiedot ja tunnusluvut kuvaavat iäkkään henkilön toimintakykyä ja terveydentilaa ja CAP:sit voimavaroja ja riskitekijöitä. CAP:sit ohjaavat palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimista vaihe vaiheelta toimien päätöksenteon apuvälineinä: mihin pitäisi puuttua, miksi pitäisi puuttua ja miten asiaa tulisi seurata. Kotihoidossa asiakkaalle aktivoituu RAI-arvioinnissa keskimäärin kymmenkunta CAPsia.

RAI-käsikirjassa jokainen CAP on kuvattu siten, että siitä on tausta, tavoitteet, tunnistimet ja ohjeistus. **Tausta** kertoo tiettyyn CAPsiin liittyvän ongelman laajuudesta ja luonteesta, ongelman syistä ja mahdollisten hoitotoimien suunnittelusta. **Tavoite** on lyhyt selitys, joka kuvailee kunkin CAPsin päämääriä, joita voivat olla ongelmien ennaltaehkäiseminen, ongelmien ratkaiseminen, kuntoutus tai toimintakyvyn ylläpitäminen. **Tunnistimet** kuvaavat RAI-arvioinnin muuttujia, jotka näkyvät tietokoneohjelmassa asiakkaan mahdollisina ongelmina, voimavaroina tai tarpeina. Tunnistimen aktivoitua, ”hälyttäessä”, on tarkasteltava perusteellisimmin näiden syitä. **Ohjeisto** keskittyy ongelmien syihin sekä asiakkaan voimavaroihin ja auttaa hoitajaa määrittelemään, kuinka merkityksellinen kyseinen CAP-osa-alue on iäkkään henkilön kannalta. Lisäksi ohjeistossa on lisätietoja siitä, miten muut CAP-osa-alueet mahdollisesti liittyvät kyseiseen CAPsiin. Tämä opettaa ymmärtämään ja löytämään asiayhteyksiä.

Ohjeistossa kysytään:

- mikä aiheutti ongelman? mikä on ongelman ydin? (miksi, missä)
- kuinka merkityksellinen ongelma on? (mitä merkitsee asiakkaalle)
- mihin tärkeysjärjestykseen ongelma asettuu? (kuinka kiireellinen)
- mitä hoitotyön menetelmiä valitaan? (miten toimintaan)
- tarvitaanko erikoisasiantuntijan (esim. lääkärin) konsultaatiota?
- miten tilannetta seurataan?

On syytä muistaa, että saman CAPsin aktivoitumisen syynä voi eri henkilöillä olla eri tekijä. Kuvitellaan tilanne, jossa iäkäs henkilö on joka päivä levoton lounaan jälkeen. Levottomuuden takaa voi löytyä useita selityksiä: yhdelle se aiheutuu kivuista, toiselle masentuneisuudesta ja kolmannelle ruoan huonosta mausta. Arvioinnin avulla varmistetaan, mikä on ongelman taustalla, miten asia vaikuttaa iäkkään henkilön elämään ja kuinka kiire on asian korjaamiseen. Syyn selvittyä etsitään tilanteeseen sopiva ratkaisuvaihtoehto esimerkiksi kipulääkkeen antaminen, masennuksen syyn selvittäminen tai ruoan laadun parantaminen.

Toivon palvelu- ja hoitosuunnitelman lähtökohdat ja toteuttaminen

Taulukossa 2 on kuvattu RAI-arviointitiedon pohjalta Toivon toimintakyky, voimavarat, hoidon ja palvelun tarve sekä hoitotyön keinot. Näiden tietojen avulla hoitaja teki yhdessä Toivon ja Hilman kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelman, jonka lähtökohtana olivat Toivon vahvuudet, toiveet ja avuntarpeet.

TAULUKKO 2. Toivon RAI-arviointitiedot toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta

Toimintakyky	Hoidon ja palvelun tarpeet sekä keinot	
	Mittarit	Voimavarat
Kognitiivinen	CPS 3	<p>CAP 2 Kommunikaatiovaikeudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaikeuksia löytää sanoja tai viedä ajatukset loppuun – tulee ymmärretyksi yleensä • viestin jokin osa/tarkoitus voi jäädä ymmärtämättä – ymmärtää muita useimmiten
		<p>CAP 8 Kognitiivinen kyky:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lähimuistissa ongelmia • useimmissa tilanteissa päätökset epäsuotuisia ja/tai vaarallisia, jolloin tarvitsee vihjeitä ja ohjausta - kohtalaisesti heikentynyt päätöksentekokyky
Psyykkinen	DRS 3	<p>CAP 9 Käyttäytyminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaeltelua, joka ei ole helposti lievitettävissä • kielteinen suhtautuminen hoitoon, joka on helposti lievitettävissä
		<p>CAP 10 Masennus ja ahdistuneisuus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jatkuva omaan itseän tai muihin kohdistuva kiukku esim. ärsyyntyy helposti tai suuttuu saadusta hoidosta. Oire ei ilmene joka päivä • epärealistisilta vaikuttavan pelon ilmaisuja esim. hylätyksi tulemisen ja yksinjäämisen pelko. Oire ilmenee päivittäin
Fyysinen	IADL 6,	<p>CAP 1 Kuntoutumismahdollisuus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • liikkuminen itsenäistä
	ADL_h 1	
		<p>CAP 4 Laitoshoitoon joutumisen uhka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pidätyskyvytön usein • Alzheimerin tauti • muutos hoidon tarpeessa on huonontunut • ADL-toiminnoissa on tapahtunut huononemista (henkilökohtainen hygienia, kylpeminen)
		<p>CAP 15 Kaatuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • epävarma kävely
		<p>CAP 28 Ympäristön arviointi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • iltaisin riittämätön valaistus olohuoneessa, keittiössä ja käytävällä
		<p>CAP 29 Suolentoiminta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ulosteen pidätuskyky – pidätuskyvytön toisinaan
		<p>CAP 30: Virtsanpidätuskyvyttömyys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • taipumus päivittäiseen pidätuskyvyttömyyteen, mutta hallintakykyä on vielä jonkin verran jäljellä • vaipat
Sosiaalinen		<p>CAP 12: Sosiaalinen toiminta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sosiaalinen osallistuminen on vähentynyt

Toivon hoidon päätavoitteena on tukea Toivoa ja Hilmaa niin, että Toivo pystyisi asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Taulukossa 3 on esitetty joitakin tavoitteita ja keinoja Toivon vahvuuksien tukemiseksi. Toivolla on paljon fyysistä toimintakykyä jäljellä; hän liikkuu sisä- ja ulkotiloissa, suoriutuu henkilökohtaisesta hygieniasta ja WC:ssä käynneistä ohjauksen avulla ja tarvitsee syömiseen ja pukumiseen vain valmisteluapua. Toivon kuulo on normaali. Toivo on luonteeltaan seurallinen ja yleensä lempeä ja ystävällinen. Hän muuttuu ärtyneeksi ainoastaan silloin, kun ei muistisairautensa takia tunnista henkilöitä.

Taulukossa 4 on esitetty joitakin tavoitteita ja keinoja, miten vastataan Toivon tarpeisiin. Toivolla on diagnosoitu Alzheimerin tauti, joka lisää hänen päivittäistä avun tarvetta ja vaikuttaa hänen elämänlaatuunsa. Hoitaja kirjasi palvelu- ja hoitosuunni-

TAULUKKO 3. Tavoitteet ja keinot Toivon vahvuuksien tukemiseen ja toiveiden huomioimiseen

Pitkän aikavälin tavoitteet	Päivittävät tavoitteet	Keinot
Fyysinen toimintakyky säilyy ennallaan mahdollisimman pitkään	Liikkuu päivittäin ulkona, suoriutuu päivittäisistä toiminnoista	Ulkoilua vaimon kanssa. Lisäksi kerran viikossa ulkoiluseurana vapaaehtoistyöntekijä ja naapuri. Lihaskuntoutuminen tuolijumpan avulla – vaimo ohjaa. Suoriutuu päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti – apua tarvittaessa.
Sosiaalisen elämän ylläpitäminen ja tukeminen	Päivittäin mielekästä tekemistä	Vaimon kanssa puuhastelua mm. radion kuuntelua, kyläilyt ystävien luona – taksikortti. Kerran viikossa päiväkeskus ja seniorikuoro.

TAULUKKO 4. Tavoitteet ja keinot Toivon avun tarpeisiin vastaamiseksi

Pitkän aikavälin tavoitteet	Päivittävät tavoitteet	Keinot
Kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitäminen (ja heikkenemisen hidastaminen)	Selkeä vuorovaikutus Toivon ja muiden välillä: tulee ymmärretyksi ja ymmärretään	Puhutaan selkeästi ja selkokielellä, katsotaan silmiin, käyttäydytään rauhallisesti. Hoitaja antaa tietoa vaimolle ja muille tahoille, miten muistisairaiden kanssa kommunikoidaan.
	Muistisairauteen liittyvien oireiden hallinta: vaeltelu ja univaikeudet	Säännöllinen päivärytmi ja päivittäin mielekästä tekemistä mm. herääminen, ruokailu, wc-käynnit, nukkumaan meno. Lääkärin vastaanottoaika, lääkityksen tarkistaminen. Lääkehoidosta huolehtii kotihoito.
	Huomioidaan Toivon mielipide arjen eri asioissa.	Kysytään Toivolta mielipidettä arjen eri asioissa mm. ulkoilu, ADL-toiminnot.
Psyykinen hyvinvoinnin vahvistaminen	Toivo kokee olonsa turvallisesti kotona ja ulkona liikkumisessa	Tutut ihmiset ympärillä. Kotihoidosta käy samat hoitajat, nimetään vastuuhoitaja. Turvaranneke ulkona liikkumisessa. Riittävä valaistuksen keittiössä, olohuoneessa ja eteisessä.

telmaan tavoitteita ja keinoja, joiden avulla Toivo voi edelleen tehdä itselleen tärkeitä asioita ja pystyisi elämään oman näköistä elämää.

Lopuksi hoitaja keskustelee Hilman jaksamisesta ja siitä, miten häntä voitaisiin parhaiten tukea Toivon hoitamisessa. Pitkän aikavälin tavoitteena on Hilman uupumisen väheneminen. Lyhyen aikavälin tavoitteena on, että Hilma jaksaa suoriutua päivittäisistä toiminnoista ja saa viikoittain myös omaa aikaa mm. pystyy käymään rauhassa kaupassa. Tämä mahdollistetaan siten, että kerran viikossa vapaaehtoistyöntekijä tai naapuri tulee Toivon seuraksi ja Toivo käy myös viikoittain päiväkeskuksessa. Lisäksi Hilma alkaa käydä vertaistukiryhmässä ja hänelle tarjotaan mahdollisuus virkistysviikonloppuun kerran kuukaudessa. Hoitaja kartoittaa myös omaishoidontuen mahdollisuuden.

Viides vaihe: Hoidon toteuttaminen

Kunta myöntää sosiaali- ja terveystalveluja palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja päättää siitä, onko palvelujen järjestäminen kunnan vastuulla. Mikäli kunta järjestää asiakkaalle hänen tarvitsewansa palvelut, on asiakkaalle laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma, jonka pohjalta hoito ja palvelut toteutetaan.

Toivon ja Hilman kanssa käytyjen keskustelujen, RAI-arviointitietojen ja lääkärin arvioinnin perusteella tehtiin päätös Toivon kotihoidon asiakkuudesta. Toivon vastuuhoitajaksi nimettiin RAI-arvioinnin tehnyt hoitaja, joka huolehti tarvittavien palveluiden tilauksista ja vastaanottoaikojen varaamisesta sekä sopi käyntiaikatauluista eri tahojen kesken. Hän suunnitteli ja koordinoi Toivon hoidon ja palvelut toimivaksi kokonaisuudeksi.

Kuudes vaihe: Uudelleen arviointi

RAI- arviointi on suositeltavaa tehdä hoidon alkaessa sekä hoidon aikana säännöllisesti vähintään kahdesti vuodessa tai asiakkaan voinnin muuttuessa. Tällaisia muutoksia voi ilmetä mm. muistisairaudeu etenemisen myötä tai kun iäkäs henkilö palaa kotiinsa leikkaushoidon jälkeen joko suoraan tai kuntoutusjakson jälkeen (Vanhustalvelulaki 980/2013; 16§). Arvioinnin systemaattisuus takaa sen, että arviointitieto on ajantasainen kuvaus iäkkäästä henkilöstä, hänen voinnistaan ja elämäntilanteestaan. Arvioinnissa verrataan aikaisempaa tilannetta nykyiseen tilanteeseen, arvioidaan tavoitteiden saavuttamista ja päivitetään palvelu- ja hoitosuunnitelmaa vastaamaan nykyistä tilannetta. Iäkkään henkilön toimintakyvyssä ja tilanteessa tapahtuvat muutokset edellyttävät hoitoon ja palveluun osallistuvilta herkkyyttä havaita iäkkään henkilön muuttuva elämäntilanne ja kykyä tarvittaessa lisätä, vähentää tai yhdistellä eri palveluita. Toivon palvelu- ja hoitosuunnitelmassa tavoitteena on arjessa selviytyminen siten, että Toivon omatoimisuutta tuetaan. Etenevä muistisairaus vaikuttaa Toivon toimintakykyyn ja silloin on oleellista arvioida tilanne uudelleen RAI-arvioinnin avulla säännöllisin väliajoin.

Pohdinta

Systemaattinen, kattava ja monipuolinen palvelutarpeen arviointi on tärkeää. Luotettava arviointi takaa sen, että henkilö saa tarpeitaan vastaavat, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut (Vanhuspalvelulaki 980/2013, Mielensterveyslaki 1990/1116, Eriyishuoltolaki 1977/519). Myös havaittuihin oireisiin ja toimintakyvyn vajeisiin pystytään puuttumaan mahdollisimman nopeasti. Systemaattinen arviointi luo pohjan tavoitteelliselle ja suunnitelmalliselle toiminnalle.

Tavoitteellisen palvelu- ja hoitosuunnitelman rakentaminen lähtee liikkeelle RAI-arviointitulosten tarkastelulla ja tiedon hyödyntämisellä. Aloittelevalla RAI:n tekijällä on vielä vaikeuksia ymmärtää RAI-kysymyksiä ja hänellä on puutteelliset taidot tiedon tulkitsemiseen ja soveltamiseen. Tämän takia aloittelija usein kokee RAI-arvioinnin irralliseksi osaksi varsinaisesta asiakastyöstä ja palvelu- ja hoitosuunnitelmasta. Teoriatiedon soveltaminen käytäntöön ei vielä onnistu (vrt. Ilkko 2009.) Esimiehen yhtenä tehtävänä on varmistaa, että jokainen työntekijä saa riittävän koulutuksen ja perehdytyksen RAI:n käyttöön ja ymmärtää RAI:n merkityksen hyvän hoidon toteutuksen lähtökohtana. Oleellista on, että kaikki RAI-arvioinnit on tehty samalla tavalla ja niistä saatu tieto on luotettavaa. Aloittelija tarvitsee tuekseen kokeneen RAI-osaajan, jonka kanssa hän voi harjoitella RAI-arvioinnin tekemistä. Kehityskeskusteluissa voidaan kartoittaa työntekijän mahdolliset RAI osaamiseen liittyvät puutteet.

Kun kokemus RAI-arvioinnin tekemisestä karttuu, alkaa kokonaisuus RAI:n sisällöstä hahmottua ja varmuus kysymysten tulkinnasta lisääntyä. Vähitellen opitaan myös tulkitsemaan arvioinnista saatavaa tietoa. Aluksi arviointitiedon hyödyntäminen jää usein yksittäisten mittaritietojen, tunnuslukujen ja CAPSien varaan eikä tietoa vielä osata hyödyntää parhaalla mahdollisimmalla tavalla. Tässä vaiheessa on tärkeää, että yhdessä keskustellaan, pohditaan ja opetellaan tulosten tulkintaa ja tiedon hyödyntämistä. (vrt. Virtanen & Stenvall 2010, Ilkko 2009) Taitava RAI:n käyttäjä analysoi RAI-tietoja kokonaisvaltaisesti, osaa asettaa asiat tärkeysjärjestykseen ja reagoi nopeasti asiakkaan muuttuviin tilanteisiin. Esimerkissämme Toivolle RAI-arvioinnin teki hoitaja, joka hallitsi palvelutarpeen arvioinnin ja RAI:n tekniset vaatimukset sekä osasi soveltaa saamaansa tietoa tavoitteellisen palvelu- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ottaen huomioon myös Toivon ja Hilman näkemykset ja toiveet. Hän lähti toteuttamaan suunnitelmaan voimavaralähtöisesti, kuntouttavasta toimintatavasta käsin. Luotettava RAI-arvioinnin tekeminen vaatii osaamista ja aikaa. Esimiehen tehtävänä on varmistaa tarvittava aika RAI-arviointien toteuttamiselle, mutta myös mahdollistaa yhteinen foorumi, jossa RAI:hin liittyviä asioita käsitellään.

Toiminnan kehittäminen RAI:n avulla edellyttää vankkaa RAI tuntemusta. RAI asiantuntija osaa kehittää RAI-tietoon pohjautuvia hoitokäytäntöjä sekä kouluttaa ja ohjata muuta henkilökuntaa RAI-tiedon hyödyntämisessä. Lähiesimies on tärkeässä roolissa ja mahdollistajana hoitajan kehityksessä aloittelevasta RAI:n käyttäjästä asiantuntijaksi. Lähiesimieheltä vaaditaan myönteistä asennoitumista pitkäjänteiseen työskentelyyn ja RAI:n tuomien mahdollisuuksien tunnistamista asiakkaiden hoidon laadun parantamiseksi. Jatkuva kouluttautuminen ja verkostoituminen muiden RAI:n käyttäjien kanssa tukee hoitajan ammatillista kehittymistä RAI:n hyödyntämi-

sessä. Hoidon vaikuttavuuden seuraaminen RAI-tietojen avulla antaa lähiesimiehelle välineen työntekijän henkilökohtaiseen palkitsemiseen ja kannustamiseen eteenpäin RAI-osajana. Työntekijän vastuulle jää halu oppia ja kehittyä RAI:n teknisestä käytöstä todelliseksi asiantuntijaksi. Asiantuntijaksi kasvaa työkokemuksen, koulutuksen ja ajan myötä, eikä sen kehittämiseen ole oikopolkuja.

LÄHTEET

- Benner P. (1989) Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY.
- Donabedian A. (1969) Some issues in evaluation the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, 59: 1833-1836.
- Hawes C, Morris J.N, Phillips C.D, Murphy K & Mor V. 1997. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument (RAI) in the U.S. *Age and Ageing* 26: 19-25.
- Ilkko R. (2009) RAI-arviointijärjestelmän käytönottoprosessin johtaminen Sotkamon kotihoidossa. Opinnäytetyö ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Kajaanin ammattikorkeakoulu, Kajaani. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25526/SYJ7SRaisaI.pdf?sequence=1>
- Laakkonen A. (2004) Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirjatutkimus. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. *Acta Universitatis Tampereensis* 996. Tampere.
- Morris J.N, Hawes C, Fries B.E ym. 1990. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *Gerontologist*, 30(3):293-307.
- Morris JN, Fries BE, Bernabei R et al. (1999) RAI-Hoime Care (RAI-HC)©. Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead, MA. [suomennettu käsikirja RAI Kotihoito käsikirja, 2003. Stakes ja Jyväskylän yliopisto, Chydenius instituutti.]
- Finne-Soveri H, Mäkelä M, Noro A, Nurme P, Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen Lääkärilehti* 50-52/2014: 3467-3473.
- Päivärinta E & Haverinen R. (2002) Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes, Oppaita 52. Helsinki: Stakes.
- Raatikainen R. (1991) Kehittämistoiminnan perusteita terveydenhuollossa. *Sairaanhoitaja* 1/1991.
- Rintala T (2003) Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850- luvulta 1990- luvulle. Stakes, Tutkimuksia 132. Helsinki: Stakes.
- Stenvall J, Airaksinen J. (2009) Manse mallillaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Kuntaliitto, Acta nro 211. Helsinki. ISBN 978-952-213-524-7 (nid.), ISBN 978-952-213-529-2 (pdf)
- Virtanen P, Stenvall J. 2010. Julkinen johtaminen. Tietosanoma Oy, Tallinna.

LAINSÄÄDÄNTÖ

- Erityishuoltolaki 23.6.1977/519. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Mielenterveystyön RAI-arviointitietojen hyödyntäminen hoitoprosessissa – case Aku

*Britta Sohlman, Heidi Husu,
Virpi Jaakkola, Tiina Laaksonen, Niina Leinikka,
Jaana Lindh, Tiina Puotiniemi & Gunilla Richardsson*

Taustaa mielenterveysRAIsta

InterRAI-järjestelmässä on mielenterveystyöhön omat työvälineet (Hirdes ym.2002, Hirdes ym. 2008). Mielenterveystyön interRAI -järjestelmä koostuu kolmesta eri toimintaympäristöön suunnitellusta järjestelmästä: interRAI-MH -Mielenterveystyön ympärivuorokautinen hoito, interRAI-CMH -Mielenterveystyön avohoito ja interRAI-ESP -Mielenterveystyön akuuttitilanteen arviointi. InterRAI-MH on kokonaisvaltainen arvio potilaan psyykkisestä, fyysisestä sosiaalisesta ja kognitiivisesta toimintakyvystä. InterRAI-CMH on tarkoitettu avohoidossa olevan henkilön kotona selviytymisen arviointiin ja interRAI-ESP on nopea arvio potilaan itsemurha-alttiudesta, väkivallan uhasta ja kyvystä huolehtia itsestä. Lisäksi järjestelmään kuuluu erillinen ohjelmisto, jonka avulla voidaan tehdä vertailuja henkilön eri mielenterveystyön interRAI-arviointivälineisiin tallennettujen arviointien välillä. Mielenterveystyön interRAI-järjestelmää voidaan hyödyntää tehokkaasti hoidon suunnittelussa, hoidon laadun seurannassa, henkilöstövoimavarojen kohdentamisessa sekä palvelujen suunnittelussa. Mielenterveystyön interRAI-järjestelmä on Suomessa käytössä noin 20 erilaissa ja erikokoisessa organisaatiossa.

Mielenterveystyön interRAI -arviointivälineet on Suomessa otettu vaiheittain käyttöön, ensimmäisenä interRAI-MH vuonna 2007. Kaikkiin mielenterveystyön interRAI -arviointivälineisiin kuuluu arviointilomake ja sitä koskeva ohjeistus (Hirdes ym. 2006) sekä hoidon suunnittelussa auttavia, muistilistan tapaan käytettäviä hoitosuunnitelman apuvälineitä (Clinical Assessment Protocol, eli CAP) (Martin ym. 2009, Mathias ym. 2010). Ohjelmistossa olevassa CAP-käsikirjassa on asioita, joita on hyvä huomioida henkilön hoidossa/hoitosuunnitelmassa.

Potilaslähtöisyys mielenterveyskuntoutujan hoitoprosessissa

Kirjallisuudessa käytetään vaihdellen käsitteitä asiakaslähtöisyys ja potilaslähtöisyys sen mukaan, minkälaisessa kontekstissa asiaa on käsitelty. Tässä artikkelissa käytämme yhdenmukaisuuden vuoksi käsitettä potilaslähtöisyys. Potilaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä toteutuu organisaatioiden, potilas-työntekijä -yhteistyösuhteen ja yksittäisen työntekijän toiminnan tasolla. Potilaan osallisuus toteutuu potilaan osallisuutena omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa, niiden kehittämiseen ja niihin liittyvien palveluiden järjestämiseen. Potilaan osallisuus oman hoidon suunnitteluun tarkoittaa potilaan mukana olemista, kuulluksi tulemistä, mahdollisuutta vaikuttaa omaan

hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan, hoitoajan pituuteen, jatkohoitoon tai käyntien tiheyteen (Laitila 2010, Hansen ym. 2004.)

Psykiatrisessa hoidossa työntekijöiden ja potilaiden näkemykset hoidontarpeesta, tavoitteista ja päämääristä saattavat erota toisistaan. Työntekijät arvostavat hoidon päämääränä potilaan toipumista, kun potilailla korostuu hyvinolontunne, itsenäisen elämisen mahdollisuus ja leimaantumisen väheneminen (Hansen ym. 2002.) Potilaslähtöisessä työssä terveydenhuollon asiantuntija-auktoriteetti muuttuu potilaan yhteistyökumppaniksi ja valmentajaksi, jonka kanssa potilas neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon eli hoito toteutetaan yksilöllisesti, yhdessä potilaan kanssa (Routasalo ym. 2009). On tärkeää kiinnittää huomiota potilaan osallisuuden turvaamiseen vastentahtoisessa hoidossa ja riittävään tiedonsaantiin koskien hänen sairauttaan ja hoitoaan. Tarkkailuun otetun tai hoitoon määrätyn itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa ja hänen kohdistaa pakkoa vain siinä määrin kuin sairauden hoito tai hänen tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii (Huttunen 2015, Laitila 2010).

Potilaslähtöisellä työtavalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan ja mielenterveys- ja päihdetyöntekijän väliselle yhteistyösuhteelle (Laitila 2010). Työntekijöiden tulee ymmärtää, kunnioittaa potilaan näkemyksiä ja luottaa niihin (Hansen ym. 2002). Myös kansallinen Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämissuunnitelma *Mieli 2009–2015* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) linjaa ehdotuksissaan, että hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään. Itsemäärääminen ja vapaaehtoisuus sekä potilaan toiveiden ja mielipiteiden kunnioittaminen ovat hoidon peruslähtökohtia. Tätä periaatetta ei ole aina mahdollista noudattaa. Psykiatrisen potilaan sairastumisen ja hoitoon hakeutumisen välillä on usein merkittävä viive. Useimmiten hoito alkaa vasta ongelmien kärjistyttyä ja päivystyksenä, pahimmillaan tahdosta riippumatta (Lönnqvist ym. 2011). Psykiatrisella potilaalla ei ole aina sairaudentuntoa, jolloin hän ei ymmärrä, miksi joutuu sairaalahoitoon. Potilaslaissa (1992/785) määritellään tarkasti, että jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa.

Potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoonsa voi eheyttää ja parantaa hänen oman arvontuntoaan. Potilaan yksilöllisyyttä oman hoitonsa suhteen tukee se, että hoitaja tunnistaa ja tarkastelee hänen tarpeitansa suunnitelmallisesti (Heikkinen-Peltonen ym. 2014.) Psykiatrisen potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun ja potilaan oma hoitomotivaatio ovat ratkaisevia tekijöitä hoidon onnistumiselle (Tiri 2001). InterRAI-arvioinneissa kerättävä tieto saadaan keskustelemalla potilaan, hänen omaistensa ja hoitohenkilökunnan kanssa, havainnoimalla potilaan toimintaa, käyttäytymistä ja vuorovaikutusta sekä tutkimalla potilasasiakirjoja. Vaikka InterRAI-arviointi tehdään potilaan kanssa keskustellen, niin se perustuu arvioijan ammatilliseen arviointikykyyn lukuun ottamatta muutamaa kysymystä, joihin kirjataan potilaan suora ilmaisu. Kaikki InterRAI-järjestelmän lomakkeet ovat strukturoituja. Lomakkeilla arvioidaan potilaan olemassa olevia voimavaroja ja avun tarpeita eri toiminnan alueil-

la sekä somaattista ja psyykkistä terveyttä, sosiaalista tukea sekä sen tarvetta. Yhdessä potilaan kanssa asetetaan interRAI-arvioinnista esiin tulleet tarpeet tärkeysjärjestykseen, määritellään hoidon tavoitteet ja valitaan keinot potilaan voimavaroja hyödyntäen. Potilaasta säännöllisesti tehtyjä interRAI-arviointeja hyödynnetään hänen vointinsa seurannassa ja hoidon vaikutusten arvioinnissa (Leinonen 2013, Hakala 2010.) Vaasassa pidettyyn interRAI-koulutustilaisuuteen osallistunut hoitaja totesi, että interRAI-arviointi on kuin henkilön CV.

Esimerkki mielenterveysRAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman tekemisessä

Akun hoitoprosessi psykiatrisessa sairaalahoidossa kuvataan mukaillen kuviota 1. Ensimmäisenä on Akun hoidon tarpeen tunnistaminen

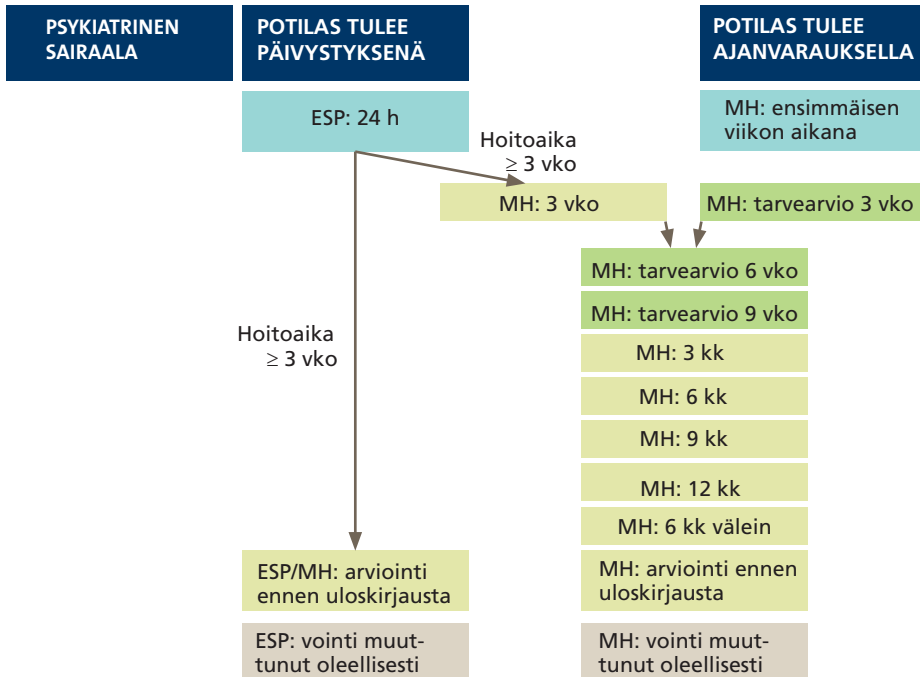
Hoidon tarpeen tunnistaminen

Aku on 54-vuotias työkyvyttömyyseläkkeellä oleva entinen laitosmies, joka sairastaa skitsofreniaa. Aku asuu yksin omassa vuokrayksiossaan kerrostalossa. Hänellä on toisella paikkakunnalla kolme veljenpoikaa, jotka pitävät satunnaisesti yhteyttä. Lisäksi hänellä on naisystävä, jota hän tapailee satunnaisesti. Akulla on jo useita sairaalajaksoja takanaan ja viimeisin psykiatrinen sairaalajakso alkoi kolme viikkoa sitten. Hän oli lopettanut lääkityksensä ja äänten käskemänä työntänyt palavan siivousliinan naapurinsa postiluukusta. Naapuri oli soittanut hälytyskeskukseen. Poliisit veivät Akun terveyskeskukseen lääkärin arviointia varten. Lääkärin kirjoittamalla M1-lähetteellä Aku toimitettiin käsirautoissa psykiatriseen sairaalaan. Sairaalaan tullessa Aku oli erittäin likainen, pelokas ja ahdistunut. Hän kertoi Mannerheimin käskystä pyrkineensä vahingoittamaan naapurissa asuvaa vihollista. Aku ei muista, milloin olisi käynyt avohoidossa eikä ole käyttänyt lääkkeitään pitkään aikaan.

Akulle tehtiin ensimmäisen vuorokauden kuluessa interRAI-ESP -arviointi, jossa havainnointiaika on viimeksi kulunut 24 tuntia. Tässä vaiheessa Aku oli psyykkisesti niin huonossa kunnossa, ettei kyennyt keskustelemaan hoitajan kanssa paria lausetta pidempään. InterRAI-ESP -arvioinnissa riskitekijöiksi nousivat: toisten vahingoittaminen, kyvyttömyys huolehtia itsestä, lääkeshoidon laiminlyönti ja sairaudentunnottomuus. Akun vointi lähti osastolla hiljalleen kohentumaan säännöllisen lääkeshoidon, nukkumisen ja ruokailun myötä. Akun oltua kolme viikkoa osastolla hoitohenkilökunta arvioi Akun hoidon jatkuvan pidempään ja että Akun tilanteesta tarvitaan laajempi interRAI-MH -arviointi (kts. Kuvio 2). Omahoitaja perehtyy Akun aikaisempiin potilasasiakirjoihin ja soittaa Akun luvalla veljenpojalle tiedustellen Akun vointia ja tapahtumia ennen psykiatriseen sairaalahoitoon joutumista. Tämän jälkeen hoitaja keskustele Akun kanssa tehden samanaikaisesti interRAI-MH -arviointia. Moniammatillisen työryhmän jäsenet täyttävät interRAI-MH -arvioinnin omalta osaltaan ja Akun omahoitaja vastaa siitä, että RAI-arviointi on täytetty kokonaan.



KUVIO 1. RAI-arviointitietojen hyödyntäminen hoitoprosessissa.



KUVIO 2. Suositus mielenterveys interRAI-arviointien tekemisen jaksotuksesta psykiatrisessa sairaalassa.

Hoidon suunnittelu

Sairaalassa järjestetään hoitokokous, johon osallistuvat Aku, hänen veljenpoikansa ja moniammatillinen tiimi. Hoitokokouksessa käydään läpi interRAI-MH -arvioinnin tuloksia, joista yhdessä valitaan Akun voinnin kannalta keskeisimmät CAPsit ja mittarit (kts. johdanto) tarkempaa tarkastelua varten. Arvioinnin ja keskustelun perusteella todettiin, että Akulla on paljon voimavaroja kuten fyysinen terveys, päihteettömyys ja toimivia sosiaalisia suhteita. Keskeisimmiksi hoidon tarpeiksi valittiin edelleen muiden vahingoittamisen riski ja puutteellinen kyky huolehtia itsestä ja sairaudentunnottomuus, vaikka näissä oli jo tapahtunut edistymistä. Sairaalassa oloaikana Akua oli ohjattu henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja tarvitsi edelleen ohjausta (Päivittäiset toiminnot, hierarkkinen ADL-H 1/6 -mittari 1/6). InterRAI-MH -arvioinnissa nämä valitut hoidon tarpeet tulivat esiin CAPseissa: ”Kohtalainen todennäköisyys vahingoittaa muita” sekä ”Ei kohtalaisella todennäköisyydellä kykene huolehtimaan itsestään”. Tämän jälkeen tarkasteltiin CAPseja yksityiskohtaisemmin, jotta saataisiin selville, mitkä tekijät Akun voinnissa ja käyttäytymisessä olivat vaikuttaneet edellä mainittujen, CAPseissa korostuneiden riskien syntymiseen.

Kohtalainen todennäköisyys vahingoittaa muita -CAP perustuu RHO (Risk of Harm to Others) -mittariin (3 tai 4 pistettä) tai viimeisen viikon aikana olleisiin väkivaltaisiin kuvitelmiin, toimintaan tai väkivallalla uhkailemiseen. Akulla on esiintynyt viimeisen viikon aikana väkivaltaisia kuvitelmia ja väkivallalla uhkailua, jotka ovat edelleen kohdistuneet naapuriin, mutta myös osaston muihin potilaisiin. Tosin Aku on hoidon aikana alkanut ajoittain ymmärtää, että hänen väkivaltaiset kuvitelmat naapurista eivät ehkä ole oikeutettuja. Kohtalainen todennäköisyys kyvyttömyydestä huolehtia itsestä -CAP perustuu SCI (Self-Care Index) -mittarin arvoihin 2–5. Mittari muodostuu useista tekijöistä, joista Akun kohdalla korostuivat osittainen sairaudentunnottomuus ja positiiviset oireet (käskevät aistiharhat, harhaluulot ja poikkeava epänormaali ajatuksenkulku).

Hoitokokouksessa Akun hoitosuunnitelma tehtiin sähköiseen potilastietojärjestelmään, johon Akun tarpeet ja hoitotyön keinot kuvattiin yksityiskohtaisemmin hoitotyön rakenteisen kirjaamisen mukaisesti (Liljamo ym. 2012). Taulukossa 1 on kuvattu esimerkein osa Akun tarpeista ja niille määritellyistä tavoitteista, keinoista ja arviointitavoista. *Esimerkiksi tarve: ”Aistiharhat” – Mannerheim käskee taistella vihollista vastaan. Keinot: havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen – minkälaisia, kuinka usein, kuinka voimakkaita ja mihin vuorokauden aikaan aistiharhat esiintyvät.*

Hoidon toteutus

Акун vointia seurataan ja arvioidaan jatkuvasti ja interRAI-MH -seuranta-arviointi tehdään kolmen viikon kuluttua tai Akun voinnin oleellisesti muuttuessa jo aikaisemmin. Seuranta-arvioinnin jälkeen voidaan tuloksia käyttää päivittäisen arvioinnin tukena ja hoidon vaikuttavuuden seurannassa. Esimerkiksi aistiharhojen vähenemistä voidaan seurata positiivisten oireiden –mittarin muutoksen avulla. Mikäli seuranta-arvioinnissa Akun voinnissa ja/tai käyttäytymisessä ilmenee oleellisia muutoksia, niin päivitetään hoitosuunnitelmaa.

TAULUKKO 1. Akun hoitosuunnitelma rakenteisen kirjaamisen mukaisesti (FinCC 3.0)

Tarve	Tavoitteet	Keinot	Arviointi
Aistiharhat	Harhaisuuden väheneminen	<ul style="list-style-type: none"> Havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen Omahoitajakeskustelut Lääkehoito Todellisuudentajun vahvistaminen Ryhmähoidot ja -terapia 	<p>3 viikon kuluttua interRAI-MH-seuranta-arviointi, mm. "Positiivisten oireiden" -mittarin ja/tai "Kyky huolehtia itsestä" -CAPsin muutoksien avulla voidaan arvioida tavoitteen saavuttamista</p> <p>Ennallaan, huonontunut, parantunut (FinCC)</p>
Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve	Parempi henkilökohtaisen hygienian hoito	<ul style="list-style-type: none"> Omatoimisuuden tukeminen Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus 	<p>3 viikon kuluttua interRAI-MH-seuranta-arviointi, mm. "Hierarkkinen päivittäiset toiminnot" -mittarin muutoksen avulla voidaan arvioida tavoitteen saavuttamista mittareista arvioinnin tueksi.</p> <p>Ennallaan, huonontunut, parantunut (FinCC)</p>

Pohdinta

Potilaan toiveiden ja mielipiteiden kunnioittaminen sekä oman hoitonsa suunnitteluun osallistuminen ovat mielenterveytyön lähtökohtia (Hansen ym. 2002, Hansen, Hatling ym. 2004, Laitila 2010). InterRAI -arviointi tehdään keskustellen potilaan kanssa ja mahdollisuuksien mukaan myös omaisia kuunnellen. Arvioinnista kertynyttä tietoa käytetään apuna potilaan hoitosuunnitelman laatimisessa (Hansen ym. 2002.) mukaan potilaan ja hoitajien näkemykset hoidon tarpeista ja tavoitteista joskus eroavat toisistaan. InterRAI-arviointi on viime kädessä arvioinnista vastaavan työntekijän näkemys potilaan tilanteesta, kuitenkin ohjelmistoon tulee kirjata ns. muistilapuille potilaan eriävät mielipiteet. Saadut mittarit ja CAPsit konkretisoivat potilaan voimavaroja ja hoidon tarpeita antaen hyvän lähtökohdan mm. omahoitajakeskusteluille sekä hoidon tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Voidaankin todeta, että interRAI-arviointi on työväline, joka tukee sekä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa että vuorovaikutusta potilaan ja työntekijän välillä.

RAIn luotettava käyttö edellyttää, että siihen on sitouduttu organisaation kaikilla tasoilla. Lähiesimiesten tehtävänä on mahdollistaa RAI-arvioinnin tekeminen ja kehittää yksikön toimintaa hyödyntäen RAI-arviointitietojen käyttöä potilaiden hoitosuunnitelmien teossa, osaston toiminnan laadun seurannassa ja hoitokäytäntöjen kehittämisessä. Organisaation johdolle RAista kertyvä tieto antaa mainion pohjan koko organisaation toiminnan seurantaan ja kehittämiseen. Jotta RAista saataisiin mahdollisimman suuri hyöty, niin arvioinnit tulisi tehdä säännöllisesti kaikille potilaille unohtamatta seuranta-arviointeja ja arviointia ennen potilaan kirjaamista ulos hoitoyksiköstä.

Tulevaisuuden haasteena onkin saada mielenterveysRAI-järjestelmät laajempaan käyttöön ja kattamaan koko mielenterveyskuntoutujan hoitoketjun. Näin kyettäisiin parantamaan hoidon jatkuvuutta ja tiedon kulkua eri toimijoiden välillä ja vahvistamaan potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Seuranta-arviointien tekeminen antaisi myös tietoa hoidon vaikuttavuudesta.

LÄHTEET

- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. (2002) Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA* (19):2469–75.
- Hakala P. (2010) RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16363/hakala_pia.pdf?sequence=1
- Hansen T, Hatling T, Lidal E, Ruud T. (2004) The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(3):292–7.
- Hansen T, Hatling T, Lidal E, Ruud T. (2002) Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs: a quantitative study of Norwegian mental health care. *Journal of advanced nursing*, 39(6):554–62.
- Heikkinen-Peltonen R, Innamaa M, Virta M. (2008) Mieli ja terveys. Helsinki, Edita Prima.
- Hirdes J, Curtin-Telegdi N, Morris JN, Fries B, Rabinowitz TEA. (2006). InterRAI Mental Health (MH) Assessment Form and User's Manual for In-patient Psychiatry. Version 9.1. suom. InterRAI – Mielenterveystyö, Ympäri vuorokautinen Hoito (Interai-MH) Käsikirja.
- Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DH, Finne-Soveri H, Gray L, Björkgren M, Gilgen R. (2008) Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, 8, 277.
- Hirdes JP, Smith TF, Rabinowitz T, Yamauchi K, Pérez E, Telegdi NC, Prendergast P, Morris JN, Ikegami N, Phillips CD, Fries BE, on behalf of the RAI. (2002) The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-rater reliability and convergent validity. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4):419–32.
- Huttunen MO. 2015. Tahdonvastainen psykiatrin sairaalahoito. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim 17.2.2015.
- Laitila M. (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja no 31. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf
- Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992/785.
- Leinonen K. (2013) Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI-järjestelmän avulla. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63866/Leinonen_Kati.pdf?sequence=1
- Liljamo P, Kinnunen U-M, Ensio A. (2012) FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Shtal 3.0, Shtol 3.0, Shtul 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. Helsinki.
- Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Toim. (2011). Psykiatria. 9. uud. p. Keuruu, Otavan Kirjapaino: Duodecim.
- Martin L, Hirdes JP, Morris JN, Montague P, Rabinowitz T, Fries BE. (2009) Validating the Mental Health Assessment Protocols (MHAPs) in the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7):646–53.
- Mathias K, Hirdes JP, Pittman D. (2010) A Care Planning Strategy for Traumatic Life Events in Community Mental Health and Inpatient Psychiatry based on the InterRAI Assessment Instruments. *Community Mental Health Journal*, 46(6):621–7.
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K. (2009) Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 125(21):2351–9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- Tiri H. (2001) Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. *Hoitotiede*, 13(2):87–92.

Perehtymismateriaali RAI-arviointiin

Maija Hyttinen & Pirjo Myllymäki

Johdanto

Kontulan monipuolinen palvelukeskus on yksi Helsingin kaupungin ikäihmisille palveluja tarjoavista yksiköistä. Siellä on palvelukeskus, kaksi päivätoimintayksikköä, sekä 14 ryhmäkotia.

Kontulan monipuolisessa palvelukeskuksen ryhmäkodeissa on RAI -järjestelmä ollut käytössä jo vuodesta 2002. Siitä asti henkilökuntaa on koulutettu ja motivoitu asiakkaiden RAI -arviointien tekemiseen ja RAI- tiedon hyödyntämiseen. Kontulassa RAI toiminnasta vastaa koko talon yhteinen RAI- yhdyshenkilö sekä jokaiseen tiimiin (ryhmäkotiin) nimetty RAI- vastaava, joka on perehtynyt hyvin RAI- tietojärjestelmään. RAI-vastaavan tehtävänä on perehdyttää ja motivoida tiimin muita työntekijöitä RAI- arviointien tekemiseen ja varmistaa, että arvioinnit tulevat ajallaan tehdyksi. Varsinaisesta RAI arvioinnin tekemisestä on vastuussa asukkaan vastuuhoitaja, koska hän tuntee omat asukkaansa parhaiten. Hoitohenkilökunta on osallistunut THL:n ja kaupungin järjestämiin RAI -koulutuksiin. Kontulan monipuolisessa palvelukeskuksessa on järjestetty myös erityisesti Kontulan ryhmäkodeille kohdennettua koulutusta, mm. vuosina 2006–2007 järjestettiin oma koulutusrupeama koko RAI arviointeja tekeväälle hoitohenkilökunnalle, jolloin koulutuksen tavoitteena oli opettaa hoitohenkilökuntaa tekemään hoitosuunnitelmaa hyödyntäen RAI -arvioinneista saatuja tietoja.

RAI järjestelmästä on ollut paljon apua niin yksilötasolla hoitosuunnitelmien laadinnassa kuin yksikkötasolla hoidon laadun arvioinnissa ja sitä kautta laadun kehittämisessä. Ohjelman käyttäminen ei ole kuitenkaan ihan helppoa ja sitä käyttävät henkilöt tarvitsevat monipuolisen perehdytyksen ohjelmaa, jotta tulokset olisivat luotettavia. Perinteisesti hoitohenkilökunta kokee tärkeimmäksi tehtäväkseen asukkaan vierellä tapahtuvan työn, jolloin kirjalliset työt helposti koetaan jotenkin ylimääräiseksi perustehtävän ääreltä poisvieviksi tehtäviksi. Kunnollinen perehdytys RAI järjestelmään tarvitaan, jotta voidaan osoittaa arvioinnin tekemisen olevan oleellinen osa perustehtävää, jolloin perehdytys toimii motivoivana tekijänä arviointien tekemisessä. Näin arvioinnit tulevat ajallaan tehdyiksi ja niitä osataan hyödyntää täysimääräisesti asiakkaiden hoidossa.

Kontulan monipuolisessa palvelukeskuksessa on tapana säännöllisesti tarkastaa tavallisimmat virheet laatumoduulin avulla. Virheitä on ollut aina ja samantyyppiset virheet toistuvat vuodesta toiseen. Tämän työn tavoitteena on luoda perehtymisprosessi, joka vahvistaa RAI arvioinnin osaamista siten, että täyttövirheitä tulisi vähemmän ja tulokset olisivat entistä luotettavampia. Työmme sisältää ohjeen, joka vastaa kysymyksiin mikä on RAI ja miten sitä käytetään, RAI prosessikuvauksen sekä RAI perehtymiskortin. Pyrimme käyttämään työssämme mahdollisimman selkeää suomenkieltä, koska enenevässä määrin hoitohenkilökunta koostuu maahanmuuttajataustaisista ihmisistä. Perehtymismateriaalin tueksi tulemme tekemään RAI perehtymisen

arviointimateriaalin. RAI instrumentteja on monia, mutta tässä työssä rajaamme ohjeen koskemaan ainoastaan kotihoidon RAI – instrumenttia, koska se on valittu monipuolisten palvelukeskusten työvälineeksi.

Perehtymismateriaalin esittely

Perehtymismateriaali rakentuu neljästä osiosta: 1) RAI-esitteestä, 2) prosessikuvauksesta, 3) perehtymiskortista ja 4) perehtymisen seurannasta ja arvioinnista.

1. RAI- esite

Mikä on RAI

RAI on kansainvälinen hoidon laadun arviointijärjestelmä. RAI nimi tulee englanninkielisestä lyhenteestä sanoista Resident Assessment Instrument. Järjestelmä kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvun jälkipuoliskolla iäkkäiden pitkäaikaishoidon seurantaan. RAI tiedon luotettavuus perustuu lukuisissa tutkimuksissa testattuihin kysymyksiin, joiden avulla voidaan arvioida asiakkaan palveluntarve. Asiakkaan RAI- arvioinnista saadaan tietoa hänen selviytymisestään arjessa, psyykkisestä hyvinvoinnista, kognitiosta sekä sosiaalista vuorovaikutuksesta ja aktiivisuudesta.

RAI arvioinnit suoritetaan käytännössä ohjelmilla, joita kutsutaan RAI instrumenteiksi. Instrumentteja on monenlaisia erilaisille asiakasryhmille mm. kehitysvammaisille, mielenterveysongelmista kärsiville jne. Eri instrumenttien kysymykset eroavat jossain määrin toisistaan, vaikka peruskysymykset ovat kaikissa samat. Monipuolisissa palvelukeskuksissa instrumentiksi on valittu kotihoidon RAI.

Miksi tehdään ja miten sitä hyödynnetään

Käytännön hoitotyössä tärkein hyöty tulee asiakkaan voinnin arvioinnista. Tuloksien avulla voidaan seurata asiakkaan toimintakyvyn muutoksia. Hoitosuunnitelmien teossa RAI arvioinnin tulokset ovat aina suunnitelman teon pohjatietona.

RAI- vertailukehittäminen on hoidon ja palveluiden kehittämistä. RAI järjestelmä mahdollistaa myös samanlaista palvelua järjestävien organisaatioiden vertailun. RAI tietoja käytetään päätöksenteon apuna ikäihmisten asioissa sekä monenlaisen tutkimuksen lähdeaineistona. Kaksi kertaa vuodessa THL tuottaa arvioinneista palauteraportit, joiden avulla voidaan arvioida myös yksittäisen ryhmäkodin hoidon laatua verrattuna muihin vastaaviin yksiköihin.

RAI organisaatio sosiaali- ja terveystieteiden osastossa

Helsingin Sosiaali- ja terveystieteiden osaston ikäihmisten kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan yksiköt ovat mukana Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) RAI- vertailukehittämisessä. RAI- arviointitiedot siirretään kaksi kertaa vuodessa THL:ään. Siellä ne koetaan yksikkö- ja organisaatiotason koosteiksi RAI- vertailutietokantaan. Jokainen RAI- vertailukehittämisessä mukana oleva yksikkö saa oman palauteraporttinsa viimeistään 10 viikon kuluessa tiedon siirrosta.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden osastossa on käytössä sekä kotihoidon RAI (kotihoito ja ympärivuorokautinen hoiva) sekä laitoshoidon RAI (ympärivuorokautinen hoiva).



KUVIO 1. Perehtymisprosessi

Lisäksi kotona asuvien ikäihmisten palvelutarpeen arviointiin kehitetään parhaillaan työvälinettä, joka ottaisi nykyistä laajemmin huomioon myös sosiaalisia tekijöitä (sosiaaliporras RAI). RAI- asioita koordinoivat hoitotyön asiantuntijat.

2. Perehtymisprosessi

Kuviossa 1 on esitetty perehtymisprosessi. Aikaisemmin perehtymiseen kuului osallistuminen RAI arviointikoulutukseen, sekä vieriovetus arvioinnin täyttämiseen, jonka jälkeen sai hakea RAI tunnukset ja vastuuhoitajana ryhtyä täyttämään arviointia. Tämä perehtymistapa tuotti taidoiltaan eritasoisia RAI arvioijia, joten perehtymisprosessi kuvattiin ja tarkennettiin ja siihen lisättiin osaamisen arviointi. Tavoitteena on, että jokainen, jolle annetaan käyttöoikeudet tosiasiallisesti osaa täyttää RAI arvioinnin oikein.

Ensimmäisessä vaiheessa

hoitajan perehtyminen alkaa silloin, kun hän aloittaa työt Kontulan monipuolisessa palvelukeskuksessa.

Toisessa vaiheessa

hoitaja osallistuu talon RAI -perehtymistilaisuuteen ja saa perehtymiskortin. Tämän vaiheen kesto on kuukaudesta kahteen kuukauteen. Tänä aikana käydään teoriassa läpi RAI- arviointi:

Arvioinnin tekeminen

RAI arvioinnit tehdään jokaisesta asukkaasta, myös arviointi ja kuntoutus yksiköiden asiakkaita. Asukkaista arvioinnit tehdään vähintään kaksi kertaa vuodessa kuuden kuukauden välein ja aina myös silloin kun vointi oleellisesti muuttuu pidemmäksi aikaa (yli kaksi viikkoa). Ajankohdat määräytyvät sen mukaan, koska asiakkaat ja asukkaat tulevat palvelukeskukseen.

1. Kuntoutus ja arviointiasiakkaista arvioinnit tehdään heti asiakkaan saatavuutta (kahden viikon sisällä) ja uudestaan, jos kuntoutusjakso kestää yli puoli vuotta tai vointi oleellisesti muuttuu. Ihannetapauksissa RAI arviointi tehdään kuntoutusasiakkaasta myös juuri ennen kotiutumista.
2. Pitkäaikaisasukkaan ensimmäinen RAI arviointi tehdään kahden viikon sisällä tulopäivästä. Seuraava arviointi on kuuden kuukauden kuluttua ensimmäisestä arvioinnista, jos vointi ei sitä ennen oleellisesti muutu.

Arvioinnin tekemisessä on aina mukana vähintään kaksi henkilöä. Vastuuhoitaja on vastuussa siitä, että arvioinnit tulevat ajoissa tehdyksi. Ajan kohdat suunnitellaan yhdessä tiimin vastaavan kanssa ja ne merkitään etukäteen ryhmäkodin kalenteriin. Asiakas osallistuu arvioinnin tekemiseen siltä osin kun hänen vointinsa ja toimintakykynsä sen mahdollistaa. Myös omainen voi osallistua arvioinnin tekemiseen. Terapian merkitsemisessä konsultoidaan aina terapeutteja. Jos arviointikaavakkeessa käytetään kolmannen henkilön esim. omaisen nimeä, täytyy siitä saada kirjallinen lupa kyseiseltä henkilöltä.

RAI-arvioinnissa käytetään aina apuna Effica -potilastietojärjestelmään kirjattuja tietoja, havainnointia ja asukkaan haastattelua siltä osin kuin asukas pystyy osallistumaan. Arviointikysymyksiin vastataan tarkasti siltä ajalta kuin RAI arviointikysymykset edellyttävät (esim. kolme päivää) eikä vastata yleistuntuman perusteella.

RAI-HC käsikirjan käyttö

RAI käsikirja on apuväline arvioinnin tekemisessä. Helpoiten käsikirja löytyy RAI arviointia tehdessä ohjelmasta. Käsikirjaa on helppo käyttää, koska se avautuu aina sen kysymyksen kohdalta, jota ollaan parhaillaan täyttämässä. Jos käsikirjasta ei löydy vastausta kaikkiin ongelmakohtiin, kysytään ensisijaisesti omalta RAI vastaavalta (yleensä tiimin vastaava) ja toissijaisesti talon RAI yhdyshenkilöltä (palvelupäällikkö). Vertailukehittämisen internet sivuilta löytyy myös vastauksia täyttöön liittyviin kysymyksiin, etenkin usein kysyttyjen kysymysten sivulta.

Kolmannessa vaiheessa

hoitaja oppii perehtymiskortin mukaisesti RAI-arvioinnin ja osoittaa osaamisensa. Tämä vaihe kestää kahdesta kuukaudesta puoleen vuoteen. Tänä aikana käydään läpi asukkaan RAI-arviointitulokset:

Mittarit

RAI arviointien perusteella ohjelma tuottaa monenlaisia mittaritietoa asiakkaan toimintakyvystä ja terveydentilasta. Mittarit voidaan jakaa neljään eri osaluokkaan: arjesta suoriutuminen, psyykinen ja kognitiivinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi sekä terveydentila, ravitsemus ja kipu.

Arjesta suoriutumista mittaavat:

- Pitkä **ADL**_long -mittari, jolla voidaan arvioida ja seurata asiakkaan toimintakykyä
- Hierarkkinen **ADL-H** -mittari. Soveltuu parhaiten palvelujen suunnitteluun ja asiakasrakenteen vertailuun
- Lyhyt välinetoinninnoista (kodinhoidollisten ja kodin ulkopuolisten tehtävien) suoriutumisen mittari **IADL_c**. Soveltuu palvelujen suunnitteluun ja palvelutarpeen arviointiin.

Psyykkinen ja kognitiivinen vointi

- **CPS** mittaa asiakkaan älyllisiä toimintoja kuten muistia ja päätöksen-tekokykyä
- **DRS** mittaa asiakkaan masennus- ja ahdistuneisuusoireita

Sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi

Terveystila, ravitsemus, kipu

- **CHESS** mittaa terveydentilan vakautta ja kuolemanvaaraa
- **BMI** mittaa pituuden ja painon suhdetta ja sitä käytetään ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan
- **Pain scale** mittaa kivun esiintymistä ja voimakkuutta.

Asukaskohtaiset raportit

- **perusraporttia** hyödynnetään hoitosuunnitelman teossa ja arvioinnissa
- **CAPS** toimintoa voidaan käyttää hoitosuunnitelman laatimisen apuna. Se on riskitekijöiden ja voimavarojen tarkastuslista, joka kertoo kaikki ne osa-alueet, joilla asiakkaalla on ongelmia.
- **Vertaa** toiminto, joka näyttää muutokset aikaisempiin arviointeihin
- **Mittariraportti** kertoo asiakkaan mittaritiedot
- **Henkilön tila raportti**, kertoo asiakkaan toimintakyvyn kuvallisena
- **Merkinnät** raportti näyttää arvioinnin yhteydessä kirjatut omat merkinnät.

Neljännessä vaiheessa

hoitaja vastaa omien asukkaidensa RAI-arvioinnista. Tämä vaihe kestää puolesta vuodesta vuoteen. Tänä aikana vastuuhoitaja laatii asukkaalleen hoitotyön suunnitelman, yhdessä asukkaan ja/tai hänen omaisten/läheisten kanssa. Hoitotyön suunnitelmassa hyödynnetään monialaista osaamista (moniammatillinen tiimi) ja sitoudutaan yhteiseen suunnitteluun ja toimimiseen hoidon toteuttamiseksi.

Hoitotyön suunnitelma koostuu asukkaan voimavarojen ja tarpeiden määrittämisestä, tavoitteiden asettamisesta, hoitotyön keinojen valinnasta ja hoitotyön arvioinnista. Hoitotyön suunnitelman laatiminen aloitetaan heti asukkaan tullessa ryhmäkotiin ja apuna käytetään asukkaan RAI- arvioinnista saatuja tietoja. Apua hoitotyön suunnitelman tekemiseen RAI- arviointia apuna käyttäen saa TEF- kirjaamisoppaasta.

3. Perehtymiskortti

Perehtymiskortin tarkoituksena on, että perhtyminen etenee suunnitellusti. Perehtyjä käy kortin mukaisesti läpi kaikki sen sisältämät tehtävät ja ottaa kuittaukset perehdyttäjältään ja kouluttajaltaan korttiin ja näin oppii RAI arvioinnin tekemisen. Kortteja säilytetään ryhmäkodin kirjaamispisteessä ja ne ovat koko tiimin nähtävissä, niin että kaikki ovat selvillä perhtymisprosessin kulloisestakin vaiheesta. Kortti toimii myös eräänlaisena epävirallisena sertifikaattina, koska se samalla on kirjallinen todiste perhtymisen suorittamisesta ja siihen sisältyvästä osaamisen näytöstä. Kortit jäävät ryhmäkodin kirjaamispisteeseen myös perhtymisen päätyttyä ja ne toimivat jatkossakin osaamisen osoittamisen apuvälineinä, koska niihin merkitään kaikki RAI koulutukset, joihin hoitaja osallistuu. Jos hoitaja vaihtaa työpaikkaa, niin hän voi ottaa kortin mukaansa ja näin osoittaa osaamisensa myös uudelle työnantajalle.

TAULUKKO 1. RAI perehtymiskortti

<i>Kontulan monipuolinen palvelukeskus</i>		
	PEREHDYTTÄJÄ	PVM
Olen tutustunut RAI perehtyjälle ohjeeseen		
Olen ollut mukana RAI arvioinnin täyttämässä I		
Olen ollut mukana RAI arvioinnin täyttämässä II		
Olen käynyt RAI arvioinnin peruskoulutuksen		
Olen perehtynyt käsikirjan käyttöön		
Olen selaillut RAI vertailukehittämisen sivuja		
Olen osoittanut osaamiseni tiiminvastaavalle		
	tunnusten antaja	PVM
Olen hakenut RAI tunnukset		
	mukana:	PVM
Olen vastuuhoitajana täyttänyt RAI arvioinnin ja tehnyt hoitosuunnitelman hyödyntäen RAI tietoja		
Olen osallistunut seuraaviin RAI koulutuksiin:	KOULUTTAJA	PVM

4. Perehtymisen seuranta ja arviointi

Osaamisen arviointiin on oma kysymyspatteristo, jonka tiimin vastaava käy läpi yhdessä perehtyjän kanssa. Kun perehtyjä osaa vastata oikein tiimin vastaavan kysymyksiin, hän voi hakea käyttöoikeustunnukset RAI järjestelmään. Tiimin vastaavat on ohjattu edellyttämään tiettyä osaamistasoa perehtyjiltä. Jos perehtyjän osaaminen ei ole riittävää, hänet ohjataan opettelemaan RAI asioita uudestaan niiltä osin kun osaaminen on puutteellista, ja opetteluun jälkeen käydään kysymykset uudestaan läpi. Tiimin vastaava testaa hoitajan RAI osaamisen taulukossa 2 olevien RAI -kysymysten avulla.

TAULUKKO 2. Tiimin vastaavan RAI kysymykset

Milloin teet RAI-arvioinnin?
Miten teet RAI-arvioinnin?
Miten varmistat asiakkaan osallistumisen?
Milloin ja miten käytät RAI-HC käsikirjaa?
Haastavia paikkoja arvioinnissa
– mitä tarkoittaa merkittävästi heikentynyt päätöksentekokyky?
– mitä huomioit terapian merkitsemisessä?
– milloin merkitset painon laskeneen?
– milloin merkitset säärihaavan?
– milloin merkitset painehaavan?
– miten merkitset ja tarkistat lääkityksen?
– mitä tarkoittaa muut suorittivat toiminnan?
Milloin teet lisämerkinnät?
Mitä teet jos et tiedä miten vastaat eikä käsikirjasta löydy vastausta?
Miten hyödynnät RAI-arviointia hoitosuunnitelman teossa?
Arvioi omaa osaamistasi RAI-arvioinnin tekemisessä ja hyödyntämisessä?
Mihin RAI-koulutukseen osallistut seuraavaksi?
Havainnointijakso?
Miten keräät tietoa, kun täytät arviointia?
Mitä osaat kertoa aiheesta päivittäinen kirjaaminen suhteessa RAI-arviointiin?

Pohdinta

Perehtymismateriaali otettiin Kontulan monipuolisessa palvelukeskuksessa käyttöön syksyllä 2015 ja ensikokemukset perehtymisprosessista ovat olleet hyviä. Perehtyjät ovat kokeneet perehtymismateriaalin tarpeelliseksi ja RAI kokonaisuutta selkeyttäväksi. Esimiehet kokevat prosessin johdonmukaiseksi ja osaamista varmistavaksi. He voivat luottavaisin mielin allekirjoittaa RAI -käyttöoikeushakemukset, koska kirjallinen perehtymiskortti on todiste hoitajan riittävästä RAI-osaamisesta. Perehtymisprosessi on herättänyt kiinnostusta laajemminkin. Monet pääkaupunkiseudun vanhuspalvelu- ja tarjoavista yksiköistä ovat halunneet Kontulan perehtymismateriaalin omaan käyttöön. Sen olemmekin ilomielin luovuttaneet yhteiseen käyttöön.

Jo vuosia Kontulassa samoin kuin muissakin monipuolisissa palvelukeskuksissa on ollut tapana tehdä kirjaamisen auditointi säännöllisesti kahdesti vuodessa. Auditoinnissa seurataan onko hoitosuunnitelma tehty kahden viikon sisällä RAI arvioinnin tekemisestä ja onko asukkaan hoitosuunnitelmassa hyödynnetty ohjelmistosta saatavia RAI-raportteja, jotka kuvaavat asukkaan toimintakykyä ja voimavaroja. Asukkaan RAI-arviointitulosten hyödyntäminen hoitosuunnitelmassa arvioidaan samassa yhteydessä. Viimeisimmissä auditoinneissa näkyy jo hyvää kehitystä RAI arviointien hyödyntämisestä. Hoitohenkilökunnalta on tullut palautetta siitä, että he kokevat RAI-arvioinnit kiinteämmin perustehtävään kuuluviksi.

Jatkossa perehtymisprosessin toimivuutta arvioidaan kyselyllä, seuraamalla virheiden määrää ja RAI-arviointitulosten hyödyntämistä hoitosuunnitelmissa. Ensimmäinen kysely tehdään ensi syksynä, kun perehtymisprosessi on ollut vuoden käytössä. Kyselyssä tullaan arvioimaan ainakin perehtymisesitteen ja – kortin toimivuutta sekä perehtyjän osaamista. Kysely suunnataan perehtyjille, tiimin vastaaville ja esimiehille ja sen tuloksia hyödynnetään prosessin päivityksessä

2.2 Palveluntuottajat laadun kehittäjinä

Konkreta förbättringar leder till verklig nytta i vardagen

Monica Niemi

Folkhälsan

Folkhälsan är en allmännyttig social- och hälsovårdsorganisation grundad 1921. Vi jobbar för ett samhälle där hälsa och livskvalitet sätts i centrum.

Folkhälsan har därför en omfattande och mångsidig verksamhet som når en stor del av den svenskspråkiga befolkningen. Ett av våra centrala mål är att erbjuda högklassiga social- och hälsovårdstjänster. Som ett led i denna strävan har vi gått in för att systematiskt utveckla vår verksamhet och kvaliteten på den.

Folkhälsans hälsofrämjande äldreomsorg

Äldreomsorgen utgör en viktig del av Folkhälsans social- och hälsovård.

Folkhälsan anordnar olika former av äldreomsorg i flera regioner, för både svensk- och finskspråkig äldre.

Genom ett fortgående utvecklingsarbete vill vi utveckla vår verksamhet för att ge bästa möjliga service.

Verksamheten utvecklas genom ett systematiskt utvecklingsarbete, där **mätinstrumentet RAI (Resident Assessment Instrument)** och **handböcker** för olika verksamheter utgör ett stöd för det dagliga arbetet. Den första versionen av äldreomsorgens handbok lanserades år 2005 och en uppdaterad version med ännu större fokus på ett hälsofrämjande förhållningssätt lanserades våren 2015.

Äldreomsorgen inom Folkhälsan inleddes i början av 1990-talet och har vuxit till sig fram till i dag kraftigt, både i fråga om volym och antal verksamhetsformer.

I Folkhälsans äldreomsorg ingår följande verksamhetsformer:

- Hälsofrämjande verksamhet för äldre
- Lägenhetsboende
- Vård i hemmet
- Dagverksamhet
- Vård och omsorg dygnet runt

Äldreomsorgens värdegrund bygger på Folkhälsans gemensamma värden kompetens, engagemang och omsorg. Värdegrunden konkretiseras i ett hälsofrämjande förhållningssätt, en helhetssyn på människan, personcentrering, respekt, självbestämmanderätt, rätt till språk och kultur samt ett gott möte.

Med Kompetens, Engagemang och Omsorg

- ☞ Ser vi människan och hennes livsberättelse
- ☞ Ser vi resurser och möjligheter
- ☞ Vänder vi klagomål till önskemål
- ☞ Försöker vi förstå varför saker fungerar
- ☞ Söker vi det som har betydelse för framgång
- ☞ Ser vi de äldre som aktiva, deltagande medproducenter

BILD 1. Folkhälsans värden.

Målsättningen för vår hälsofrämjande äldreomsorg är att erbjuda en individuell service och omsorg som stöder individens rätt att få leva ett aktivt och fullvärdigt liv i enlighet med den egna livsstilen, så länge som möjligt. Då livet närmar sig sitt slut är vår målsättning att erbjuda en värdig död i hemmet, antingen i den egna lägenheten eller på en enhet med service och omsorg dygnet runt.

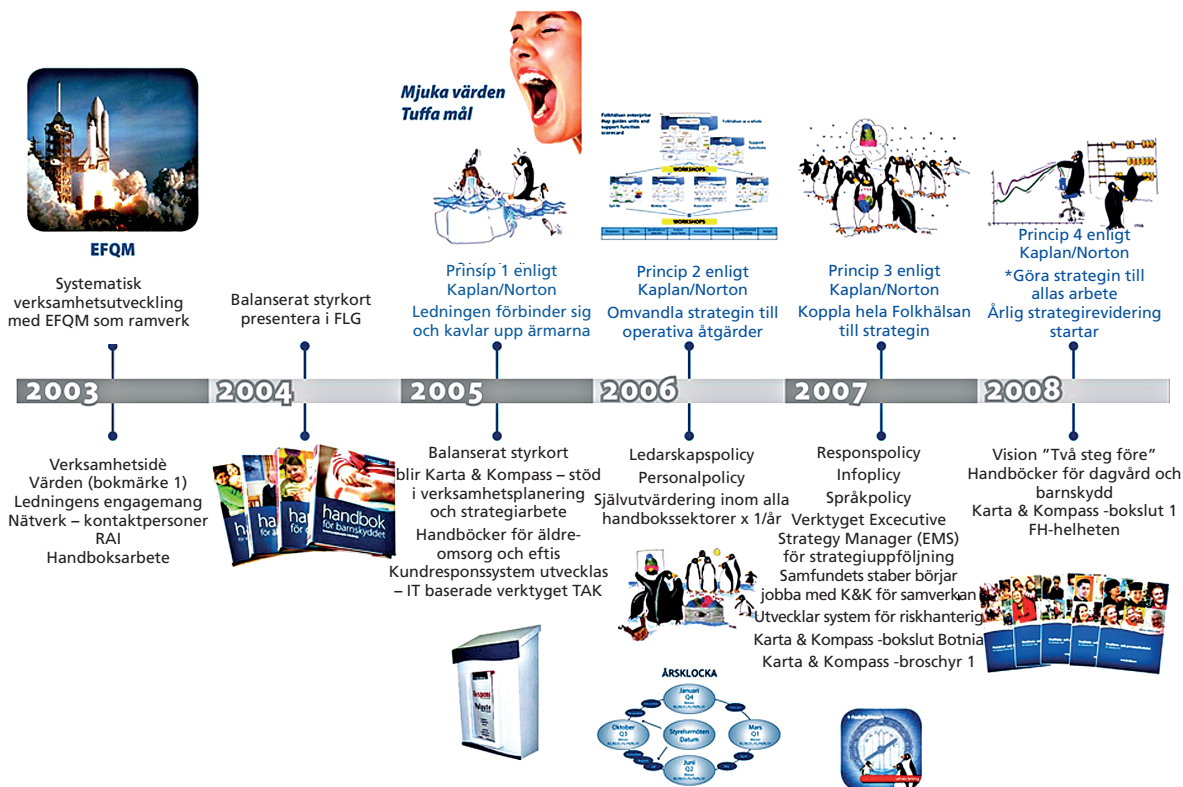


BILD 2. Folkhälsans ledningssystem.

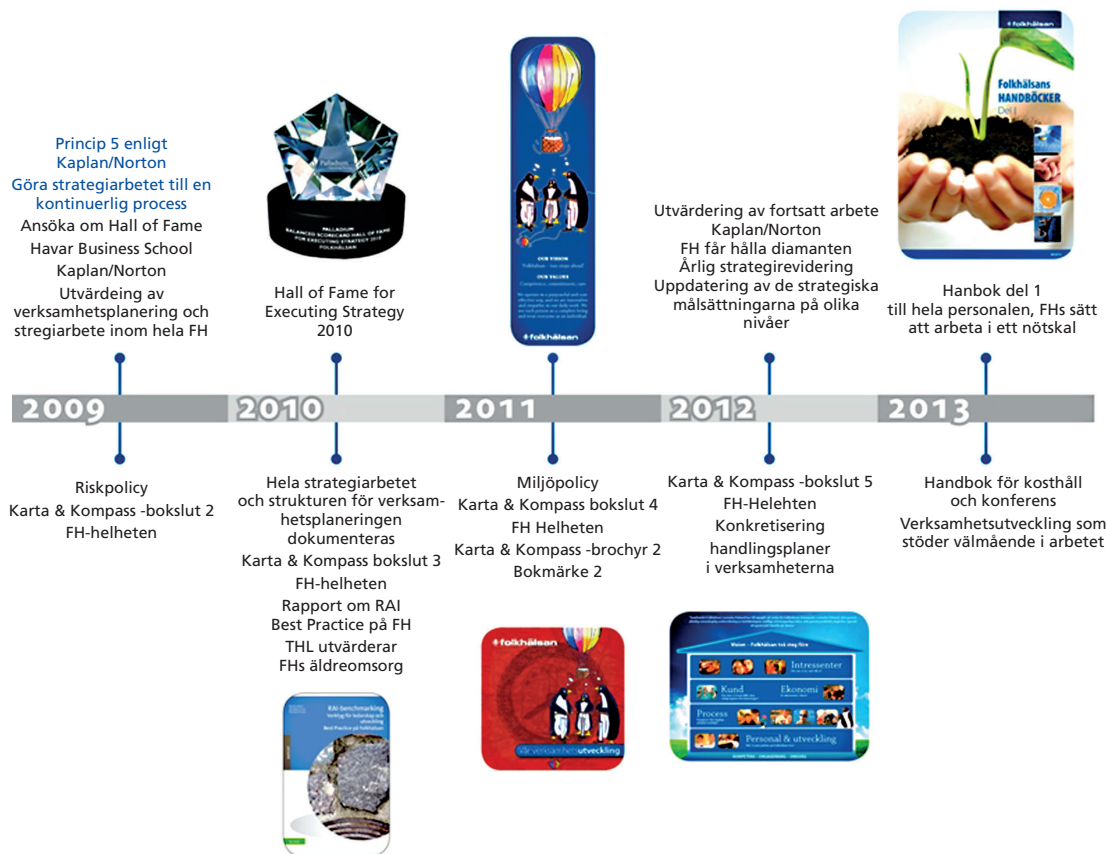
Ett hälsofrämjande arbetssätt i vardagen innebär att vi finner och tar fram det som får varje människa att må bra. Våra redskap för att finna dessa element är livsberättelsen, RAI-instrumentet samt ELO-D-instrumentet för utvärdering och upplevd livskvalitet. Anhöriga och närstående personer är viktiga samarbetsparter då vi tillsammans försöker finna det som och bidrar till en god och meningsfull vardag för den äldre.

Folkhälsans ledningssystem

När jag i januari 2003 blev vald till utvecklingschef för Samfundet Folkhälsan, var det nog min största utmaning i arbetslivet. Hur skall jag tillsammans med alla medarbetare på Folkhälsan förbättra det som redan är bra?

Mina tankar nu drygt tio år senare

För att verksamhetsutvecklingen ska lyckas måste koordineringen av arbetet ske på organisationsnivå. På Folkhälsan har vi skapat ett internt nätverk av kontakt/stödpersoner i alla våra juridiska enheter. Alla processer görs så tydliga som möjligt och en ansvarsfördelning för alla nivåer finns dokumenterad.



Vi har skapat ett gemensamt ramverk, som alla är ansvariga att genomföra för sin del. De ständiga förbättringarna sker i vardagen. Målsättningarna följs upp och vi tar tillvara resultaten i förbättringsarbetet.

Vårt ledningssystem är skraddarsytt för Folkhälsan. Det är så pass ”enkelt” att man utan större svårigheter kunnat implementera det till att gälla hela Folkhälsan, men inte för enkelt, så att det inte innehåller några som helst utmaningar. Vårt ledningssystem väcker tankar som leder till utveckling, förbättring och förändring.

Under processen har vi regelbundet tagit oss på pulsen genom framgångar i form av utmärkelser och pris, vilka i sin tur sporrat till nya ansträngningar. I ledningssystemet har vi en verktygsback med tydliga policyn, handböcker, mätinstrument som RAI, responsmätare, självutvärdering och ekonomiska mätare, vilka alla underlättar vardagen.

Hjälpmedlet som möjliggör hela organisationen att arbeta mot gemensamma mål Folkhälsans egen variant av det internationella instrumentet för strategiarbete Balanced Scorecard, hos oss Karta och Kompass för strategiarbete och långsiktig verksamhetsplanering”, används på olika nivåer inom hela organisationen.

Certifikat för strategigenomförande 2010

Folkhälsan tilldelades år 2010 som första allmännyttiga organisation det internationella certifieringspriset Palladium Balanced Scorecard Hall of Fame for Executive Strategy, ett certifikat i strategigenomförande. Certifieringen gäller Folkhälsans systematiska strategiarbete där organisationen på ett helhetsmässigt sätt förankrat utvecklingskedjan inom hela organisationen från ledning till varje medarbetare. Priset är unikt också ur ett europeiskt perspektiv. Endast en annan allmännyttig organisation i Europa har tidigare beviljats utmärkelser.

Ett pris berättar om läget just då, men
”den som inte ständigt förbättrar sig upphör till slut att vara bra”
(kinesiskt ordspråk)



BILD 3. Hall of Fame for Executing Strategy 2010.

RAI som en del av ledningssystemet

Processerna, det sätt på vilket vi gör vårt arbete, är avgörande för hur konkurrenskraftiga vi är i framtiden. Vi identifierar och beskriver våra processer och våra fokusområden. Vi tar fasta på styrkor och resurser med målet att höja välbefinnandet och livskvaliteten för alla våra intressenter och medarbetare. Våra arbetsprocesser och fokusområden uppdateras och utvecklas ständigt med hjälp av en kontinuerlig omvärldsanalys, revidering av våra målsättningar samt konkreta åtgärder i det dagliga arbetet.

Som erfarenheterna visar från Folkhälsan blir detta en realitet då RAI är en del av ledningssystemet och verksamheten styrs av gemensamma värderingar. Kompetens och ett äkta engagemang både hos ledare och medarbetare leder till god omsorg.

Folkhälsan har varit med från början

Samtliga Folkhälsan enheter med service dygnet runt och en del av hemtjänsten använder RAI. Målsättningen är att all hemtjänst i framtiden går in för att använda RAI. Folkhälsan använder RAI-instrumentet för individuell planering för en god vardag, för verksamhetsutveckling genom att delta i den benchmarking Institutet för Hälsa och Välfärd (THL) administrerar samt för daglig dokumentering.

Folkhälsan blev tillfrågad att delta som samarbetspart 1998 då det var aktuellt att göra en finländsk tillämpning. Vi gav ett understöd till utvecklingsarbetet och beslöt ta verktyget i bruk på Seniorhemmet i Brunakärr, ett resurserat serviceboende för 38 personer. Folkhälsans första Folkhälsanhus hade öppnats i Helsingfors i juni 1996 och organisationen var mån om att få igång en systematisk utveckling av verksamheten. Det fanns en plan på att bygga bostäder och vårdboende för äldre på flera orter i Svenskfinland – en plan som småningom också förverkligats. Intresset för äldreomsorg var alltså mycket nytt och högaktuellt just i dessa tider.

Det diskuterades huruvida vi skulle delta, då vår egen äldreomsorg var mycket liten till sin omfattning, men eftersom det var en sektor som växte och för att vi hade ett allmänt intresse att utveckla kvaliteten i vården gick vi med. På Folkhälsan tilltalades vi speciellt av kopplingen mellan forskning och praktik, som passade bra in i organisationens profil.

Helhetssynen på hälsa och möjligheten att kunna följa upp effekten av olika åtgärder betonades. Då beslutet togs lyfte man fram att verktyget skulle ge möjlighet också till kostnadsjämförelser och Folkhälsans ekonomipersonal var redan från början inkopplad.

Folkhälsan hade en representant i ledningsgruppen, Viveca Hagmark 1999-2000, i Stakes projekt ”RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto”. Detta gjorde att vi hade goda möjligheter att påverka och lära oss också av andra organisationers erfarenheter. Stakes RAI projekt hade sitt inledningsseminarium på Folkhälsan 29.1.2000 med 150 deltagare. Då hade redan en del av Seniorhemmets personal genomgått utbildningen. Under våren 2000 hade RAI mätningar gjorts på grupphemmet och till ledningen rapporterade man att ”arbetet varit arbetsdrygt men lärorikt”. Det var grupphem-

mets föreståndare Christine Westerholm och ansvariga skötarna vid de tre enheterna på grupphemmet som hade huvudansvaret för arbetet, men hela personalen på grupphemmet utbildades och via egenvårdarsystemet var alla engagerade. Det fanns ett intresse och en entusiasm att vara med på något som upplevdes vara unikt och ”två steg före”. Men visst fanns det också personer som tyckte att programmet var komplicerat och frågorna för många. De gemensamma utbildningarna med andra enheter var hela tiden mycket viktiga. Liksom också det att man kunde se resultat och välja tyngdpunkter för utvecklingsarbetet.

Under år 2003 tog Folkhälsans ledningsgrupp ett viktigt beslut, RAI infördes på samtliga Folkhälsan enheter inom äldreomsorgen. Drygt 100 vårdare utbildades i att utnyttja programmet som ett hjälpmedel i vården under år 2003. Utbildningen ordnades på Folkhälsans egna äldreomsorgsenheter. Nyttan med att ordna utbildningen på Folkhälsans egna enheter blev att den var effektiv och samtidigt kunde arbetet på enheterna skötas. Under samma år bildades inom Folkhälsan ett RAI nätverk som på organisationsnivå koordineras av utvecklingschefen. Inom nätverket finns representanter för såväl ledningen samt vårdare från enheterna. Det har senare visat sig, att ett fungerande RAI nätverk för samverkan, dialog och utveckling inom Folkhälsan har varit en viktig framgångsfaktor. Som lika viktig upplever vi det goda samarbetet med THL:s RAI team. Representanterna i nätverket har tillsammans utvecklat Folkhälsans RAI modell, tydliga riktlinjer för ansvarsfördelning, intern rapportering och ständiga förbättringar i vardagen med hjälp av RAI. Folkhälsans sätt att använda RAI finns dokumenterat i en rapport publicerad 2010, men mycket har utvecklats efter det, med tyngd på hälsofrämjande äldreomsorg, ett ledarskap som möjliggör, motiverar samt är ansvarsgivande. Detta förstärker arbetsmotivationen samt förståelsen för den egna viktiga rollen hos varje egenvårdare. Det har visat sig att tydlig arbetsfördelning skapar arbetsmotivation och goda resultat.

Utvecklingschefen har sedan 2003 representerat Folkhälsan och det andra inhemska språket i THL:s RAI ledningsgrupp.

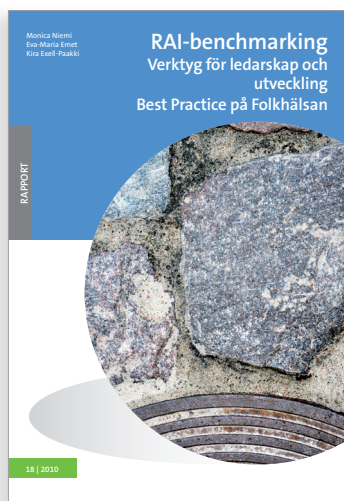


BILD 4. RAI-benchmarking Folkhälsans arbetssätt.

Folkhälsans RAI process – Från mål till en praktisk vardag

För varje person inom dygnet runt verksamheten påbörjas en RAI-utvärdering inom två veckor från att personen flyttat in på enheten. Inom hemvården påbörjas en RAI-utvärdering genast då ett regelbundet vårdförhållande inleds. Efter den första utvärderingen görs en ny med högst sex månaders mellanrum eller då personens tillstånd av någon orsak varaktigt förändras till exempel funktionsförmågan förbättras.

Egenvårdaren bär ansvaret för att utvärderingen utförs enligt de direktiv som RAI-handboken fastställer. För en kvalitativ utvärdering krävs ett multiprofessionellt samarbete. Målsättningen är att den äldre samt de närstående alltid deltar i bedömningen. Egenvårdaren konsulterar sjukskötare i medicinska frågor till exempel angående mediciner och övriga teammedlemmar för att göra en objektiv bedömning. Om teamet omfattar övriga yrkesgrupper till exempel fysio- eller ergoterapeuter utnyttjas deras sakkunskap.

Då en bedömning är avslutad ansvarar egenvårdaren för att en personlig plan för den goda vardagen blir uppgjord tillsammans med den äldre och dennes närstående. De individuella önskemålen tillsammans med nyckeltalen från RAI-bedömningen och livsberättelsen utgör utgångspunkten för planeringen. Före en ny RAI-bedömning påbörjas, utvärderas den tidigare planen.

RAI-nyckeltalen mäter hur vi lyckats uppnå de mål vi ställt i Kartan och kompassen samt i enhetens verksamhetsplan. Samtidigt visar resultaten från RAI-benchmarkingen vad vi behöver bli bättre på och var vi har behov av kompetensutveckling. Genom att göra upp en handlingsplan där vi formulerar mål, mätetal, tidtabell och ansvar arbetar vi för att alla våra RAI-nyckeltal ska vara bättre än medelvärdet i landet och bättre än det internationella högre gränsvärdet.

Fokus skall alltid vara på det värde vi skapar för den äldre

- RAI hjälper oss att:
- kartlägga strukturen
- upprätthålla tydliga processer
- uppnå de bästa resultaten

Ansvarsfördelningen för RAI

RAI-kontaktpersonerna har en expertkunskap inom RAI-arbetet eftersom de har det övergripande ansvaret för RAI-arbetet inom sina respektive bolag. Kontaktpersonerna har resultatredovisnings- och fortbildningsansvar. Dessutom krävs en förmåga till fördjupad resultatanalys i förhållande till organisationens/bolagets målformuleringar. RAI-kontaktperson ansvarar för att enheterna får RAI-rapporterna och respons på dem.

Enhetsansvariga har expertkunskap och yrkesspecifik kunskap för att leda RAI-arbetet och ansvara för genomförandet av utvecklingsarbetet på enheten. De ansvarar dessutom för vårdarnas RAI-kompetens på enhetsnivå.

Enheternas RAI-ansvariga har såväl expertkunskap som yrkesspecifik kunskap. De fungerar som sakkunniga i RAI-frågor på enheten, stöder vårdarna i användningen och handleder nya vårdare. Därutöver övervakar de, stöder och har ett helhetsansvar vad gäller det manuella ifyllandet och uppföljningen av RAI.

Erfarna vårdare har en yrkesspecifik kunskap. De har kunskap om RAI-instrumentet och använder det i vardagen för systematisk individuell planering. Vårdarna är förtroga med de skalor och rapporter som systemet ger och gör upp och utvärderar planerna för en god vardag på basen av dem. Vårdarna tar aktivt del av enhetens helhetsresultat och deltar i uppgörandet av verksamhetsplaner. Erfarna vårdare handleder och stöder mindre erfarna kolleger i användningen av RAI-instrumentet.

Folkhälsans RAI-benchmarking för kvalitetsutveckling

Folkhälsan följer på organisations- och bolagsnivå upp alla 27 RAI-kvalitetsindikatorer inom dygnetruntsorgen. Dessa kvalitetsindikatorer jämförs med medeltalet för alla enheter som deltar i RAI-benchmarking i hela Finland samt med det internationella högre gränsvärdet för indikatorn.

Enheterna arbetar systematiskt för att utveckla och förbättra kvaliteten. Resultaten i benchmarking rapporten analyseras i teamet och utvärderas i förhållande till uppställda måltal och övriga mätare (riktad och spontan respons, avvikelser, självutvärdering). Enheterna väljer minst 2 kvalitetsindikatorer för utvecklingsarbete där konkreta mål, RAI-mätetal, tidtabeller och ansvar definieras i verksamhetsplanen.

Målsättningen är att varje enhet lyfter fram en kvalitetsindikator där man lyckats väl med kvalitetsarbetet. Genom att beskriva hur enheten gjort det goda arbetet kan andra enheter få modeller för implementering av god praktik.

Rapportering av RAI-nyckeltal

Bolagets kontaktperson sammanställer rapporter över sina enheter till sin egen ledningsgrupp två gånger per år som en del av den strategiska uppföljningen på bolagsnivå. Utvecklingschefen sammanställer en rapport till Folkhälsans ledningsgrupp två gånger per år som en del av den strategiska uppföljningen på organisationsnivå. De analyserade RAI-resultaten med förslag och handlingsplaner läggs in i ledningens uppföljningssystem.

Folkhälsan har utarbetat en årsklocka för att underlätta RAI-arbetet. I klockan fastställs årets tidtabeller samt ansvarsfördelningen. Detta underlättar säkerställandet av att data bearbetas i enlighet med den fastställda tidtabellen och riskerna med att bedömningarna blir bortglömda eller kommer in i fel datamaterial minimeras.

Årsklockan är användbar för planering, rapportering, uppföljning samt för fastställande av gemensamma utbildningsdagar. Årsklockan är ett bra hjälpmedel för att koordinera RAI-arbetet mellan olika nivåer inom organisationen.

En GOD VARDAG med hjälp av RAI

Folkhälsan Botnia – sektorchef Barbro Kloo

RAI togs i användning i Österbotten 2003. Först i turen var Grupphemmet som finns i Folkhälsans Hus i Korsholm, som stod färdigt år 2000. Nästa enhet var Östanlid som kom med 2004, med tre avdelningar och Emeliehemmet som införlivades med Folkhälsan 2009 med 49 platser. Hemtjänsten är den nyaste gruppen som kom med 2012. RAI ansvaret är organiserat på samma sätt som i övriga enheter inom Folkhälsan, i olika nivåer och ansvarspersoner.

Bedömningarna görs i mars och september. Ansvaret för genomgång av resultaten vilar på enheterna. Varje enhet har ett presentationstillfälle som så många som möjligt av enhetens personal deltar i. De RAI ansvariga presenterar resultaten med tyngdpunkt på de 27 kvalitetsindikatorerna. Den sektoransvariga, som deltar i alla enheters presentationstillfällen, rapporterar i sin tur resultaten till bolagets ledningsgrupp. Bolagets vd för informationen vidare till Samfundets ledningsgrupp. Det är m.a.o. en oavbruten kedja genom organisationen där framförallt de som arbetar med RAI numera vet varför de gör bedömningarna och vilken nytta RAI resultaten har för det praktiska vardagliga arbetet med de äldre.

Detta är en förändring sedan hösten 2012. Tidigare sköttes presentationen inom bolaget uppifrån neråt och personalen var inte delaktig i processen. RAI arbetet integrerades inte i vardagen. Det ändrade arbetssättet ökade personalens motivation för RAI och överlag för kompetens- och utvecklingsarbete. Vi betonar kvalitet i verksamheten, vilket innebär att det finns en vision som ger gemensamma mätbara målsättningar. Ständigt viktiga frågor bland äldreomsorgspersonal är ”Vart är vi på väg? Och ”Hur väl är alla med på visionen och målsättningarna”.

Mätning ger underlag för utvecklingsarbetet. Olika slag av mätningar är viktiga för att förstå helheten. Det gäller såväl mätning av kvalitet, kundtillfredsställelse, personalens självutvärdering, välmående på arbetsplatsen samt ekonomisk uppföljning. Ingen mätning skall ses som avskild från andra ledningssystem. Vi vill engagera och motivera personalen till att bidra till att helheten blir större en summa av delarna. Med Kartan och Kompass – riktning mot en hälsofrämjande äldreomsorg.

Kartan och Kompassen hjälper oss att få allting att hänga ihop:

- Ett tydligt, motiverande och ansvarsgivande ledarskap är a och o
- Bra trivsel på arbetsplatsen (Mäts Finlands bästa arbetsplats – FBA)
- Kvaliteten är hög (RAI)
- Vi överträffar kundernas förväntningar (Regelbundna kundenkäter – TAK)
- Personalens egen självutvärdering (x 1/år)
- Ekonomin i balans (månatlig/kvartal/år uppföljning – Bokslut).

Folkhälsan Syd – äldreomsorgschef Kira Exell-Paakki

Vår övergripande målsättning inom Folkhälsans äldreomsorg är att ta fram olika erbjudanden som stöder äldre människors möjlighet att leva ett aktivt och fullvärdigt liv i enlighet med den egna livsstilen oberoende av boendeform. Då livet närmar sig sitt slut är vår målsättning att erbjuda en värdig död i hemmet, antingen i den egna lägenheten eller på en enhet med service och omsorg dygnet runt. Detta betyder i det dagliga mötet med de äldre att vi som personal ställer oss frågan ”Vad kan jag göra för att du skall må bra?”

Den uttalade och konkretiserade värdegrunden tillsammans med Karta och Kompass, gör att vi alla oberoende i vilken uppgift vi arbetar, vet vart vi är på väg, vad vi skall göra och hur vi skall mäta om vi nått fram d.v.s. vi tappar inte bort oss på vägen mot en hälsofrämjande vardag, en vardag där de äldre mår bra och känner välbefinnande. RAI instrumentet bildar en kedja som startar från den äldre och egenvårdaren i form av utvärdering, vårdplanering och dokumentation. Förmannen utnyttjar såväl mätresultaten från de individuella utvärderingarna som enhetens RAI-benchmarking resultat för att göra upp mätbara målsättningar i verksamhetsplanen. Ledningen använder RAI resultaten för analys av nuläge och för verksamhetsutveckling. Vi strävar efter att varje steg av analys och planering genomsyras av personcentrering – vad innebär detta för i det dagliga livet för Fru A och Herr B?

I Kartan formulerar vi våra målsättningar med fokus på kund, processer, ekonomi och personal. Målsättningarna får en ryggrad av att vi har mätinstrument till vårt förfogande med vilka vi kontinuerligt följer upp var vi lyckats och var vi behöver bli bättre. Våra kunder är idag såväl de äldre som de kommuner vi samarbetar med. RAI är ett viktigt instrument som tillsammans med andra mätare t.ex. auditeringarna, kundenkäter, ELO-D och respons, mäter hur vi motsvarat eller överträffat våra kunders förväntan. Vårt mål är att erbjuda våra kunder service av hög kvalitet där de individuella önskemålen och möjlighet till en personlig livsstil är utgångspunkten. RAI-instrumentet ger oss kompletterande information om kundernas behov genom t.ex. kundklassificeringen RUG-III och olika mätare.

Våra processer bygger på vår värdegrund och målsättningen i Karta och Kompass. Vi har beskrivit de centrala processerna i Handboken för äldreomsorg och genom att analysera resultaten från RAI mätningar tillsammans med andra mätare som respons, kundenkäter samt personalens självutvärdering, får vi svar på frågor som Vilka processer stöder ett aktivt och fullvärdigt liv? Utgår våra processer från individuella önskemål och personlig livsstil? Tar processerna fasta på resurser? Är resultatet av processerna en kvalitativt god vård? RAI ger oss verktyg för att stöda personalen i arbetet för en hälsofrämjande omsorg. RAI-resultaten hjälper oss att identifiera den kompetens vår personal behöver för att möta de äldres behov och önskemål i vardagen och att fastställa vilken kompetens vi behöver i våra mångprofessionella team? Samtidigt berättar andra mätare som ELO-D för oss hur vårt bemötande och vårt arbetssätt påverkar de äldres personliga upplevelser av livskvalitet. En hälsofrämjande äldreomsorg kräver ett ledarskap som stöder personalen så att individualitet, flexibilitet och fokus på möjligheter är självklara grunder för det dagliga arbetet.

En ekonomi i balans är givetvis en verksamhetsförutsättning, därför ställer vi oss ständigt frågan hur använder vi våra resurser – använder vi dem i enlighet med vår målsättning och allokera vi dem adekvat? Ett hälsofrämjande arbetssätt är inte fråga om en merkostnad utan är fråga om en attityd och ett förhållningssätt. Vad gör vi med vår tid – kan vi fånga stunden, får människan stiga fram och bli sedd och hörd som den person hon är. En vård och omsorg av god kvalitet är grunden för en ekonomi i balans eftersom vi då arbetar kostnadseffektivt och har nöjda kunder. Då vi använder RAI instrumentet som hjälp för att hålla riktningen mot en hälsofrämjande äldreomsorg, utgår vi från tanken att mätetalen och indikatorerna avspeglar de äldres vardag. Detta ger oss alla i organisationen en förankring i vårt ändamål – att främja hälsa och välbefinnande för de äldre.

Folkhälsan – vårdutvecklare Helena Ahlers

Folkhälsan har som mål att stöda personalen att utveckla den egna verksamheten. För att lyckas i detta arbete kan det behövas kompletterande verktyg till RAI. Ett sådant verktyg är Elo-D (Elämänlaadun observointi – Dementia) som ger information om hur en person med begränsad kognitiv förmåga mår här och nu. En sådan målgrupp är personer med minnessjukdom. Mätmetoden Elo-D sker genom systematiska observationer i allmänna utrymmen via kodning sett ur den observerades egen synvinkel. Resultatet ger information om den enskilde observerade individens:

- Välbefinnande
- Interaktion o kommunikation (med vårdare eller annan person)
- Stimulans, aktivitet och rörelse. Delaktighet i vardagliga händelser.

Den insamlade datan sammanställs skriftligt. Resultaten presenteras i form av dialog mellan observatörerna och enhetens personal som i sin tur presenterar adekvat RAI information om den observerade. På detta sätt kan dessa två ”macro och micro” processer förenas till ett och ge en omfattande trovärdig grund för utvecklingsarbete. En annan nämnvärd verkan av dessa mätningar kan nämnas den information som enheten får om var de befinner sig rent kvalitativt i de konkreta vårdprocesserna. Nyttan av Elo-D som ett komplement till RAI har såväl personalen i sitt ständiga utvecklingsarbete som den enskilda individen som i sin vardag är beroende av andra människor.

Redan år 2001 startade THL en pilotstudie gällande mätinstrumentet DCM (Dementia Care Mapping) i Finland. Man kom då fram till att vi i Finland, av olika orsaker, behöver ett eget motsvarande modifierat instrument. Elo-D är resultatet av en lång process där Finlands Minnesspecialister slutligen skapade Elo-D år 2005–2008 med hjälp av RAY finansiering. Såväl THL som Folkhälsans Förbund och Äldreinstitutet har varit aktiva under hela processens gång. Idag har Folkhälsan fyra personer som kan utföra mätningarna. Målsättningen inom Folkhälsan är att samtliga enheter för personer med minnessjukdom skall få en Elo-D mätning.

STRUKTUR och KULTUR på arbetsplatsen – potentialen för framtiden

Efter dryga tio år som utvecklingschef på Folkhälsan tror jag starkt på att den stora potentialen till förbättring i många sammanhang hittas i den kultur som skapas på våra enheter. Detta gäller likväl användningen och den fortsatta utvecklingen av RAI-instrumentet som i övriga delar av Folkhälsans ledningssystem.

En positiv kultur på arbetsplatsen har sin grund i goda värden. Det räcker dock inte att formulera en värdegrund, den måste levas i vardagen på alla nivåer inom organisationen. Det öppna, motiverande och ansvarsgivande ledarskapet skall möta det ansvarstagande medarbetarskapet och tillsammans skapa en KULTUR, som skapar livskvalitet och välmående för alla parter.

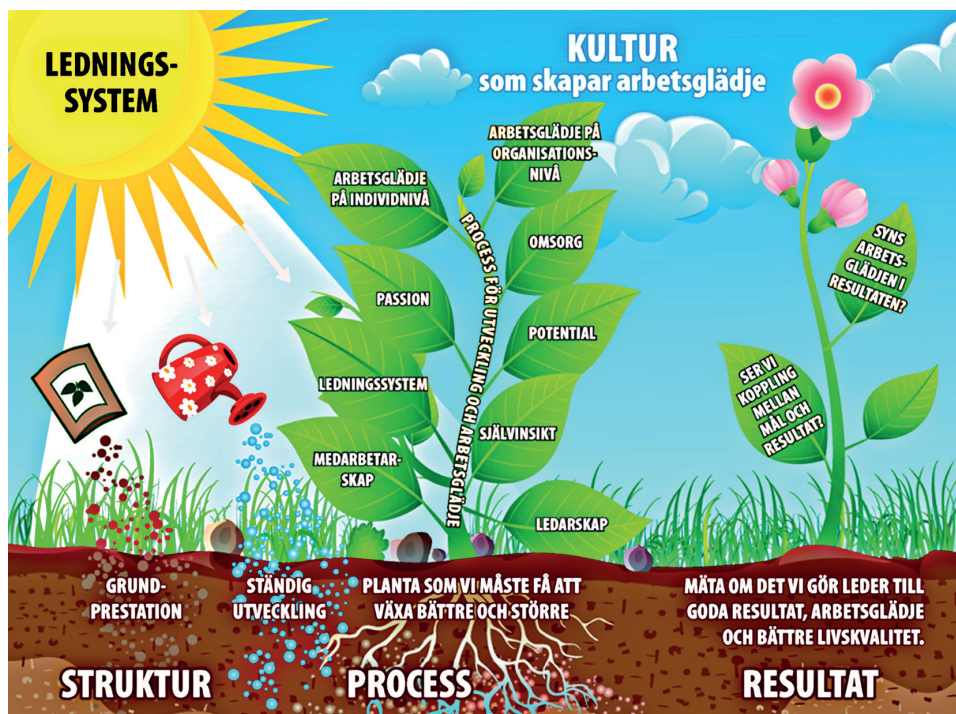


BILD 5. Folkhälsans ledningssystem, från STRUKTUR till KULTUR mot framtiden.

KÄLLA

Monica Niemi, Kira Exell-Paakki, Eva-Maria Emet:
RAI-benchmarking-THL rapport 18/2010. Helsinki 2010

RAI johtamisen ja kehittämisen tukena Kustaankartanossa

Suvi Kan & Ritva Kuosmanen-Finér

Kustaankartano aloitti toimintansa noin 60 vuotta sitten Helsingin ensimmäisenä vanhainkotina. Monipuolisen ja rikkaan menneisyytensä sekä kehityshalukkuutensa ansiosta Kustaankartanosta on kehittynyt gerontologisen hoidon saralla monella tavalla mallilaitos. Visiona on ollut jo useita vuosia olla vanhustyön ja gerontologisen hoidon innovaatio- ja osaamiskeskus, josta hyötyy ikääntynyt Kustaankartanon asukas, asiakas tai kuntoutuja. Kustaankartanon henkilökunnasta on löytynyt jatkuvaa innostusta kehittää mahdollisimman hyvää ja ”oman näköistä” vanhuutta helsinkiläisille ikäihmisille. Vuodesta 2002 lähtien hoidon laatua ja vaikuttavuutta on seurattu RAI- tietojärjestelmällä sekä yksilö-, yksikkö- että laitostasolla. RAI on ollut tärkeä ja näkyvä työväline sekä kehittämistyössä että johtamisessa.

RAI:n käyttöönoton myötä on opittu kiinnittämään huomiota RAI:n esiin tuomiin laatutekijöihin. Vertaamalla Kustaankartanon laatutuloksia muiden vanhainkotiin tuloksiin on saatu esiin kehittämiskohteita. Niistä on valittu kunkin vuoden tulokorttiin pahimmat laatupoikkeamat asettamalla seurattavat tavoitteet. On perustettu erilaisia työryhmiä perehtymään asiaan syvemmin ja suunnittelemaan tarvittavia koulutuksia. RAI:n lisäksi johtamisen tueksi on kerätty tietoa muillakin mittareilla. Esimerkiksi kaikissa yksiköissä on seurattu säännöllisesti tavoitteiden saavuttamista hoitotyön suunnitelmien toteutumisen, hoidon/palvelun laadun, talouden, käyttöasteen ja henkilökunnan osaamisen ja hyvinvoinnin kautta. Hoidon laatua on seurattu sisäisillä kartoituksilla ja auditoinneilla. Seurantojen pohjalta on taas kehitetty edelleen toimintaa, näin kehittämistyö on ollut jatkuvassa vuoropuhelussa johtamistyön kanssa. Johtaminen ja kehittämistyö ovat tukeneet kiinteästi toisiaan ja ovat läheisessä yhteydessä ”ruohonjuuritasoon” eli yksittäisten asukkaiden hoitoon.

Kehittämistyössä on viime vuosina panostettu erityisesti Aktivoivan arjen -mallin luomiseen ja sen jalkauttamiseen kaikkiin sekä pitkäaikais- että lyhytaikaishoitoa tarjoaviin yksiköihin. Erityisen hyvin malli soveltuu pitkäaikaishoitoon korostaen moniammatillista yhteistyötä, asukaslähtöisyyttä ja asukkaiden yksilöllistä hoitoa. Myös johtamistyössä on hoidon sisällön näkökulmasta korostettu näitä kahta teemaa: aktivoivaa arkea ja yhteisöllisyyttä. RAI -tulosten avulla osastonhoitajat, ylihoitajat ja johtaja ovat saaneet puolen vuoden välein tietoa niiden toteutumisesta omien yksiköidensä että koko Kustaankartanon tasolla. Täten on löytynyt kehittämiskohteita, mutta on myös saatu palkitsevia tuloksia onnistumisesta. Konkreettiset tulokset ovat tehneet työtämme näkyväksi myös ulkopuolisille tahoille ja motivoineet kehittämään yhä laadukkaampaa hoitoa.

Tässä artikkelissa kuvaamme, kuinka RAI – osoittimia apuna käyttäen Kustaankartanossa on kehitetty asukkaille aktivoivaa arkea ja juurrutettu sitä Kustaankartanon eri pitkäaikaishoitoa antavien yksiköiden toimintaan. Aktivoivan arjen – mallin juurtumista on seurattu RAI:sta saatavien keskeisten hoidon laatua kuvaavien osoittimien avulla.

Aktivoivan arjen malli osana Kustaankartanon gerontologisen hoidon kehittämistä

Aktivoivan arjen -malli kehitettiin Innovaatiohankkeen Turvallisesti Aktivoivaan arkeen -osaprojektin aikana Kustaankartanon vanhustenkeskuksen A-talossa toimivassa muistisairaiden yksikössä vuosina 2006–2007. Kehittämistyö tapahtui aidossa yhteistyössä projektiosaston henkilökunnan, asukkaiden ja hankkeen henkilöstön kanssa. Projektin jälkeen mallia on juurrutettu suunnitelmallisesti kaikkiin Kustaankartanon yksiköihin moniammatillisessa yhteistyössä.

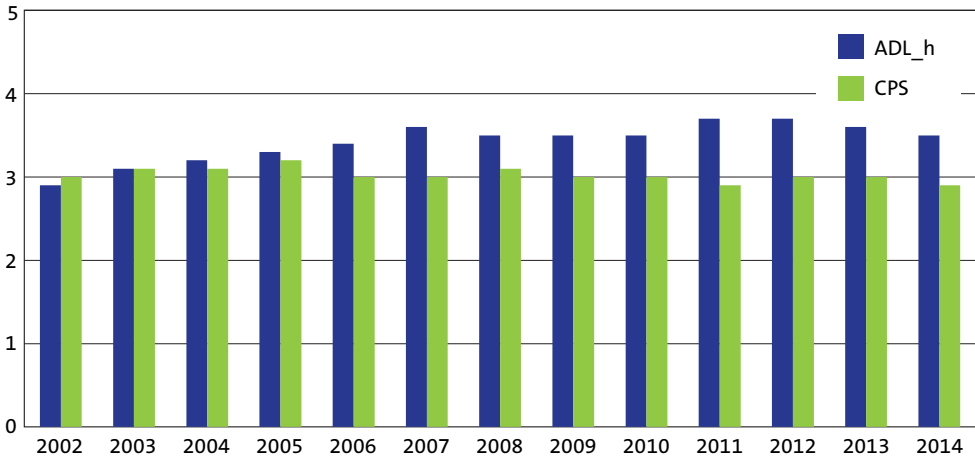
Aktivoivan arjen -malli perustuu luovaan, aktivoivaan ja monipuolisesti kuntouttavaan yksilölliseen hoitamiseen sekä asiakkaan omatoimisuutta edistävään toimintaan. Peruseriaatteena on huomioida ja hyödyntää jokapäiväisiä, arkisia toimintoja ja käyttää näitä asukkaan toimintakyvyn ja elämän laadun ylläpitämisessä tai kohentamisessa. Aktivoivan arjen suunnittelun lähtökohtana on asukkaan elämänhistorian huomioon ottaminen ja asukaskohtainen riski- ja voimavarakartoitus. Kartoituksessa hyödynnetään RAI – arvioinnin tietoja ja hoitajien suorittamaa havainnointia sekä muuta käytössä olevaa tietoa. Suunnitteluun osallistuvat asukas ja hänen hoidostaan vastaava moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat esim. vastuuhoitaja, sosiaalihoaja, yksikön kirjaamisvastaava ja fysioterapeutti. Yhdessä he kartoittavat asukkaan tilanteen, hänen yksilölliset voimavaransa ja mahdolliset toimintakyvyn menetykseen liittyvät uhkatekijät.

Kartoituksen pohjalta asukkaan yksilölliseen hoitotyön suunnitelmaan kirjataan aktivoivan arjen toimintoja, jotka koostuvat asukkaan harrastuksista tai muista mieluisista askareista. Lisäksi asukkaalle tehdään tältä pohjalta huoneensa seinälle ”Aktivoivan arjen taulu”. Tärkeää on, että näiden yksilöllisten toimintojen tekeminen tuo asukkaalle mielihyvää ja aktivoi häntä omatoimiseen liikkeellelähtoon ja osallistumiseen.

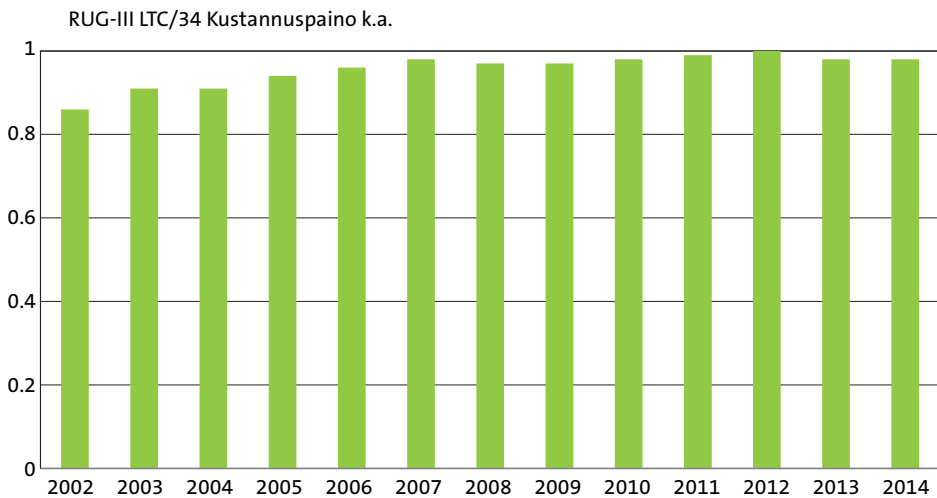
Asiakasrakenne

Asukkaiden määrän vähentymisen myötä RAI -arviointien määrä on pienentynyt vuodesta 2002 (546 arviointia) vuoteen 2014 (346 arviointia). Asukkaiden keskimääräinen hoitoaika on pidentynyt 3,3 vuodesta 4,7 vuoteen. Asukkaiden arjessa suoriutumista tarkastellaan ADL- ja CPS mittareiden avulla. Asukkaiden fyysistä toimintakykyä kuvaa ADL -mittari, jonka asteikko on 0–6. Asukkaiden keskimääräisessä fyysisessä toimintakyvyssä on tapahtunut jonkin verran huonontumista RAI – arvioinnin alkuvuosina, mutta vuodesta 2006 asukkaiden toimintakyky on pysynyt samana. Kognitiivista toimintakykyä kuvaa CPS -mittari, jonka asteikko on 0–6. Asukkaiden kognitiivisessa toimintakyvyssä ei RAI:n mukaan juurikaan muutosta ole tapahtunut (Kuvio 1.)

Kustannuspaino kuvaa sitä, kuinka paljon asukkaat tarvitsevat henkilökunnan apua ja apua. Keskivertoasukkaan kustannuspaino on 1. Kuviossa 2 on esitetty Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kaikkien arvioitujen asukkaiden kustannuspainojen keskiarvo, joka on viime vuosina ollut lähempänä 1.

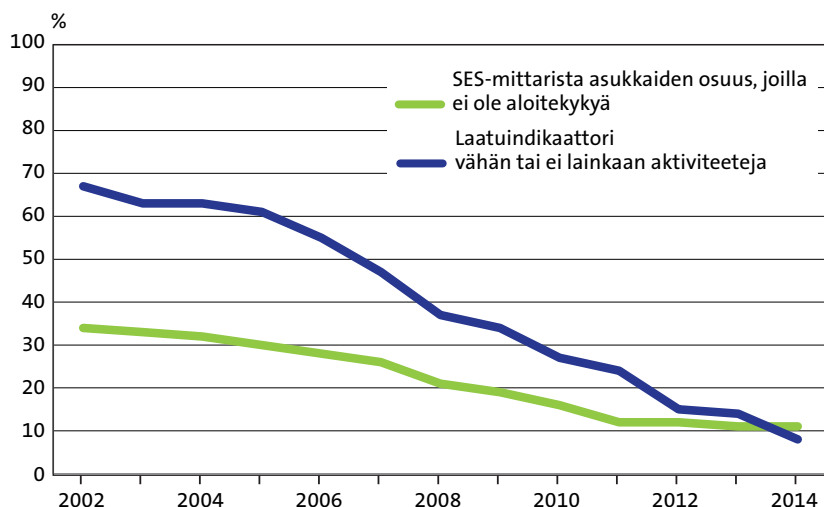


KUVIO 1. Asukkaiden kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky (k.a) Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa.



KUVIO 2. Asukkaiden kustannuspainojen keskiarvo Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa.

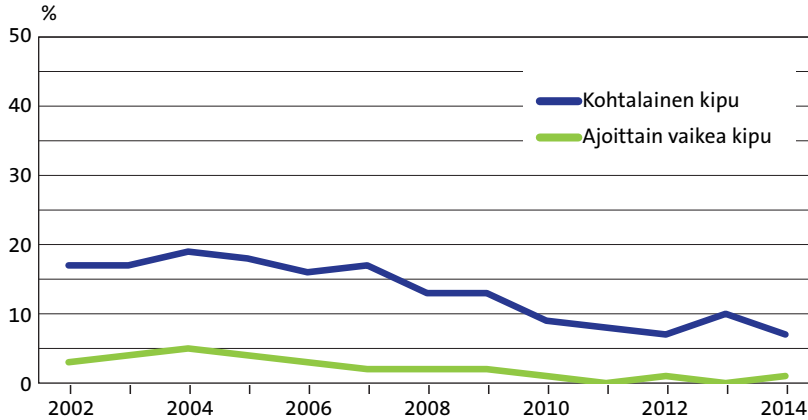
SES – mittarilla on seurattu asukkaiden sosiaalista aloite-/osallistumiskykyä ja miten se vastaa heidän mukana oloaan erilaisissa aktiviteeteissa. Tavoitteena on ollut, jos asukkailla on kykyä jäljellä, niin heillä on aktiviteetteja yksilöllisen Aktivoivan arjen -taulun mukaan. Kuviossa 3 on esitetty asukkaiden aloitekyvyn vähäisyyttä ja vähän tai ei lainkaan aktiviteetteja omaavien asukkaiden osuus %.



KUVIO 3. Asukkaiden aloitekyvyttömyys ja asukkaat, joilla ei ole aktiviteetteja Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.

Kipu monisairailta vanhuksilla

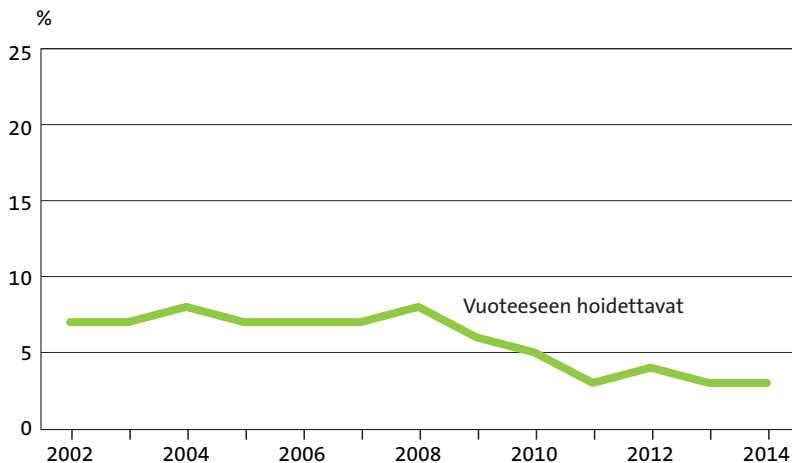
Kivun ja masennuksen hyvä hoito on ollut tärkeää asukkaiden osallisuuden ja aktiivisen arjen toteutumisen kannalta. Toisaalta myös osallisuus ja aktiivinen arki ovat varmasti vaikuttaneet asukkaiden kokemaan kipuun ja masennukseen. Vuonna 2007 Kustaankartanoon perustettiin kiputyöryhmä, jonka tehtävä on ollut kehittää Kustaankartanossa kivunhoitoa, etsiä uusinta tietoa kivunhoidosta ja järjestää koulutusta sekä toimia asiantuntijana kivunhoidossa. Koska muistisairaita hoitavien yksiköiden kipuluvut olivat keskimääräistä alhaisemmat, päätettiin v. 2011 tutkia, osataanko tunnistaa muistisairauden loppuvaiheessa asukkaan kipua. Tutkimuksessa käytettiin PAINAD –mittaria ja tulosten mukaan hoitajat tunnistivat kivun hyvin. Saattohoitokartoituksessa pari vuotta sitten kävi ilmi, että joidenkin (harvojen) saattohoidossa olevien asukkaiden kivunhoito ei ollut onnistunut tarpeeksi hyvin, koska Kustaankartanossa ei ollut valmiuksia kipupumppuhoitoon. Tämä asia saatiin järjestettyä kotisairaalan kanssa. Kuviossa 4 on esitetty Kustaankartanon vanhustenkeskuksen asukkaiden päivittäinen kipu ajalla 2002_1–2014_1.



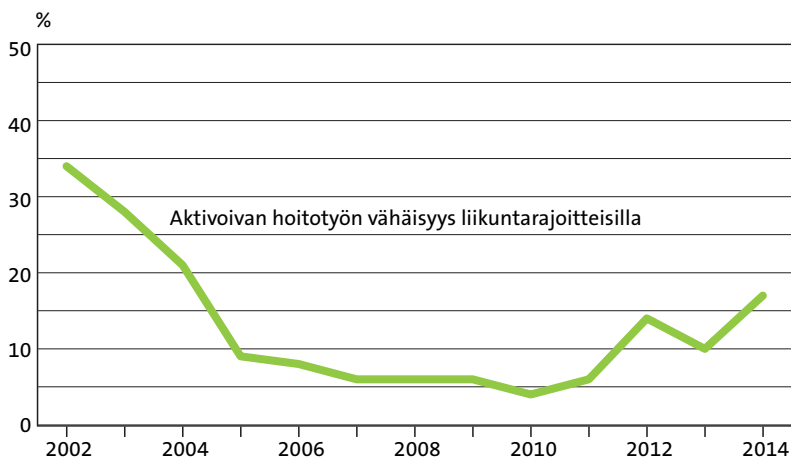
KUVIO 4. Asukkaiden päivittäinen kipu Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.

Hoidon laadun tarkastelua laatuindikaattoreiden avulla

Kustaankartanossa on ollut 2000-luvun alusta alkaen käytäntö, että kukaan asukas ei jää vuoteeseen, jos ei ole sairaana tai saattohoidossa. Hoitokulttuuri on muuttunut perushoitoa korostuneesta kokonaisvaltaisemmaksi, asukkaiden toimintakykyä tukevaksi. Lääkärin ja fysioterapeutin lausunto vaaditaan, jos asukas jää ”vuodepotilaaksi”. Vuonna 2010 fysioterapeutit tarkastivat kaikki vuoteeseen hoidettavat asukkaat ja tämän pohjalta tehostettiin ohjeistusta, miten asukkaiden toimintakykyä tuetaan. Viimeisin RAI – tulos on, että noin kolme prosenttia asukkaista on vuoteeseen hoidettavia. (Kuvio 5.) Asukkaiden osallistumista ja osallisuutta tukee myös se, että ei käytetä liikkumista rajoittavia välineitä. Pyritään sallimaan mahdollisimman vapaa liikkuminen. Yhteisöllisyyden ja osallisuuden kannalta on tärkeää seurata asukkaiden toimin-



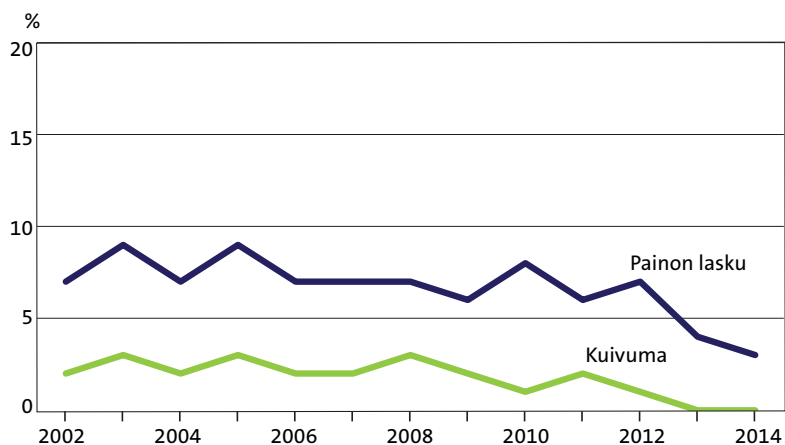
KUVIO 5. Vuoteessa olevien asukkaiden määrä Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %



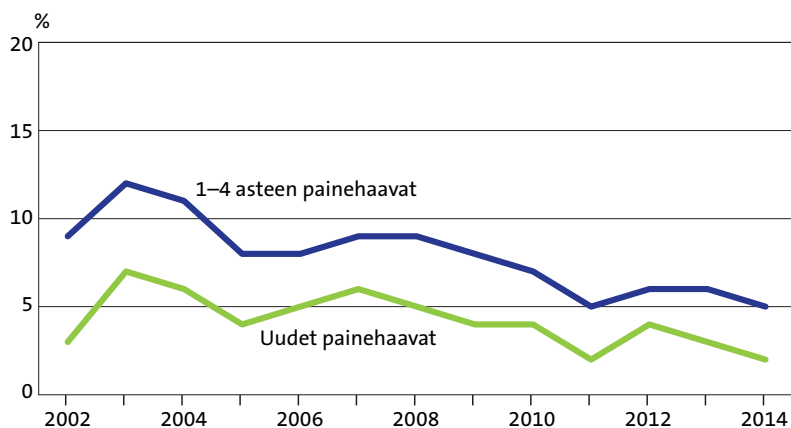
KUVIO 6. Aktivoivan hoitotyön vähäisyys liikuntarajoitteilla Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.

takyvyn säilymistä. Kun asukkaat ovat monisairaita ja runsaasti apua tarvitsevia ikäihmisiä, osallisuutta kuvaa juuri se, että heille annetaan aikaa ja tilaisuuksia tehdä omalla tavallaan ja mahdollisimman itsenäisesti kaikki se mihin he pystyvät. Hoitajien antamassa kuntoutuksessa paljon apua tarvitsevien / täysin autettavien asukkaiden kohdalla vielä parantamisen varaa. Asukkaita, jotka eivät pysty itse enää pitämään yllä nivelensä liikkumusta, autetaan heitä siinä passiivisella liikehoidolla (Kuvio 6.)

Asukkaiden painonlaskua ja alhaisia painoindeksilukuja (BMI on alle 20) on seurattu tarkasti vuodesta 2006 lähtien, jonka vaikutuksesta alhaiset BMI – luvut ovat vähentyneet. Vuodesta 2011 alettiin kiinnittää huomiota myös niiden asukkaiden ruokailuun, joiden BMI on alle 24. Kustaankartanoon laadittiin omat ravitsemuksen laatukriteerit v. 2010. Asukkaiden nesteiden saannista tehtiin 2 vuorokauden seuranta kesällä 2012, jolloin tulokset olivat hyvät (Kuvio 7.)



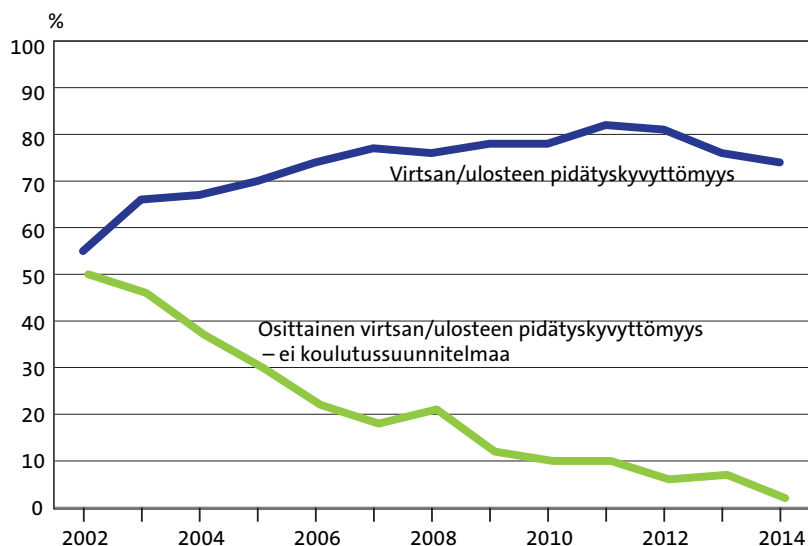
KUVIO 7. Asukkaiden painon lasku ja kuivuma Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.



KUVIO 8. Asukkaiden paine haavat Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.

Kun asukkaiden toimintakykyä on pidetty yllä ja pitkää vuodelepoa vältetty, sen seurauksena asukkaiden paine haavat ovat vähentyneet (Kuvio 8). Lisäksi Kustaankartanossa on työskennellyt haavatyöryhmä 2000-luvun alusta alkaen ja haavahoitajana uramallin mukainen taitava sairaanhoitaja viimeiset viisi vuotta.

Aktivoivan arjen myötä asukkaita alettiin käyttää enemmän wc:ssä, mutta virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyyteen sillä ei ollut toivottua vaikutusta (Kuvio 9). Virtsa-tieinfektiot ovat kuitenkin vähentyneet. Kustaankartanon kolmella osastolla toteutettiin vuonna 2010 INKOINTO – projekti. Projektin aikana opittiin, että vielä on paljon tehtävissä kontinenssinhoidon parantamiseksi. ”Vaippavastaavia” alettiin kou-

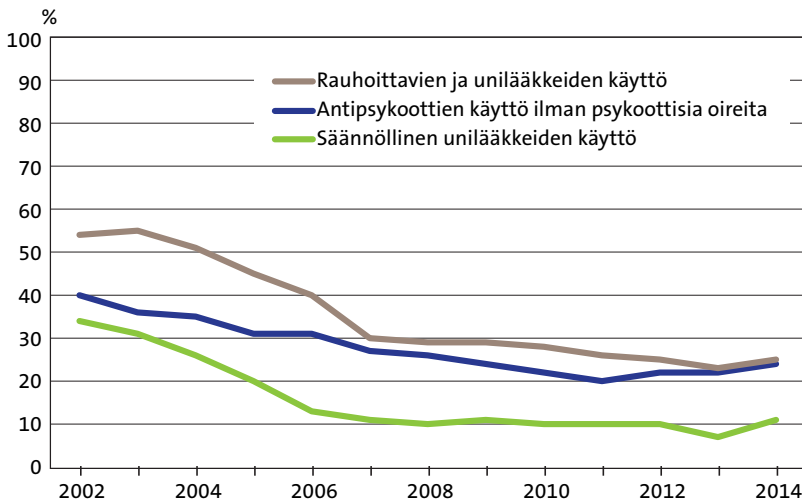


KUVIO 9. Asukkaiden virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyys ja pidätyskyvyttömyys ilman koulutussuunnitelmaa Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.

luttaa kontinenssivastaaviksi. Heidän tehtävänä on ollut viedä osastoille tietoa hyvästä kontinenssihoidosta.

RAI -arviointien kautta herättiin huomaamaan psyykenlääkkeiden runsas käyttö. Myös julkisuudessa aihe oli paljon esillä 2000-luvun alkuvuosina. Vastuuhoitajat osallistuivat pitkiin lääkehoitokoulutuksiin ja yhdessä lääkäreiden kanssa aloittivat omien asukkaidensa lääkesaneerauksen. Pian unilääkkeistä sovittiin, että niitä annetaan vain tarvittaessa ja silloin unilääkkeen antaa vasta yöhoitaja. Kuviossa 10 on esitetty antipsykoottien, rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä vuodesta 2002 vuoteen 2014. Psyykenlääkkeiden käytön vähenemiseen Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa on vaikuttanut yhteisöllisyys ja aktivoiva arki. Kun päivä täyttyy yhdessäolosta ja mielekkästä tekemisestä, mielikin rauhoittuu ja uni tulee (Kuvio 10).

Tärkeä tulos on yhteisöllisyyden ja asukkaiden osallisuuden lisääntyminen aktivoivan arjen myötä. Vanhuspalvelulain mukaan pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Vanhuspalvelulain voimaan tulon jälkeen (heinäkuu 2013) sekä aktivoivan arjen että yhteisöllisyyden konkreettinen toteutuminen jokaisessa yksikössä on ollut tärkeää, ja tätä on korostettu Kustaankartanon johtamistyössä.



KUVIO 10. Antipsykoottien (ilman psykoottisia oireita), rauhoittavien ja unilääkkeiden sekä säännöllinen unilääkkeiden käyttö Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa, %.

Pohdinta

Aktivoivan arjen -mallin hyödyt asukkaille ovat ilmeiset ja todettavissa olevat. Malli on mahdollistanut asukkaille omannäköisemmän elämän. Kirjatut aktivoivan arjen aktiviteetit ja toiminnot ovat turvanneet asukkaan arjen toteutumisen hoitajasta riippumatta. Yksilöllisyys hoidossa ja aktiviteeteissä on muuttanut asukasta passiivisesta vastaanottajasta aktiiviseksi osallistujaksi. Asukkaiden sosiaalinen aloitekyky/osallistumiskyky on lisääntynyt, kun heille on annettu mahdollisuuksia vaikuttaa omaan arkeensa ja tehdä päätöksiä omaa hoitoaan koskien. Yhteisöllisyys on mahdollistanut osallistumisen myös osaston yhteiseen päätöksentekoon. Huonokuntoisistakin asukkaista on tullut aitoja yhteisön jäseniä. Omaiset ovat aktivoituneet, kun heidät on toivotettu tervetulleeksi asukkaan elämän/hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Omaisten ja vapaaehtoisten toiminta on aktivoitunut, kun he ovat kokeneet olevansa osa yhteisöä.

Malli on tuonut johtamiseen työkaluja. Sen systemaattinen rakenne on mahdollistanut suunnitelmallisen toiminnan. Malli on toiminut välineenä henkilökunnan osaamisen arvioinnissa, täten oikeanlaisiin koulutuksiin ohjaaminen on helpottunut. Tieto hoitoyksikön osaamistarpeesta auttaa rekrytoimaan oikeanlaisia osaajia yksikköön. Malli on järjeistänyt resurssien käyttöä. Mallin käyttö ei vaadi lisää henkilöresursseja, vaan toimintaa on kehitetty vastuualueiden selkiyttämällä, osaamisen lisäämisellä ja suunnitelmallisuudella. Resurssien hukkakäyttö vähenee, kun ne on kohdistettu mallissa asukkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Kustannussäästöjä on saavutettu sillä, että lonkkamurtumat, painehaavat ja lääkkeiden käyttö on vähentynyt. Myös omaisten ja vapaaehtoisten antama panos on tuonut lisäsäästöä.

Mallin vaikutuksia on seurattu RAI -tulosten kautta ja samalla RAI -järjestelmää on opittu käyttämään monipuolisesti hyväksi ja sen hyödyntäminen arkeen on lisääntynyt. Jos joissakin laatuindikaattoreissa on havaittu huonontumista tai tulokset ovat olleet keskimääräistä huonommat, on niihin tartuttu käymällä asukas asukkaalta läpi, miksi näin on. On määriteltä hyvä hoidon kriteerit esim. yhteisöllisyyteen ja ravitsemukseen. On perustettu työryhmiä kuten esim. kipu-, haavatö- ja ravitsemustyöryhmä tutkimaan asiaa ja järjestämään koulutusta. On myös tehty tarkempaa tutkimusta, miksi esim. asukas on vuoteessa, miten ravitseminen ja nesteytys toteutuvat, keitä ovat asukkaat, joilla on kipuja, miten saattohoidossa toteutuu kivunhoito, osataanko tunnistaa muistisairaiden kipua, miten kaatumisia voidaan ehkäistä ilman liikkumisen rajoittamista, miten voidaan vähentää inkontinenssia jne.

Aktivoivan arjen -mallin jalkauttamisessa eri yksiköihin RAI on ollut hyvä työväline. Ollaan myös huomattu, että RAI -tulosten pysyminen hyvänä ei ole itsestään selvyyttä, vaan vaatii jatkuvaa seurantaa ja johtamistoimenpiteitä sekä erilaisia kehittämisprojekteja. Se, että asukkaat pysyvät mahdollisimman toimintakykyisinä, vaatii jatkuvaa työtä sekä osastonhoitajalta, hoitohenkilökunnalta että koko moniammatilliselta tiimiltä. Harmittavasti monet hoitajat kokevat kevyempänä ikäihmisten hoitamisen vuoteeseen, syöttämisen, vaipan vaihtamisen jne kuin aktiivisen arjen aidon toteuttamisen. Johtamisen näkökulmasta on erittäin tärkeää huomioida, että toimintakyvyn tukeminen, ajan antaminen ikäihmiselle itsenäiseen toimintaan ja läsnäoleva kohtaa-

minen vaativat resursseja ja etenkin osaamista ja ammattitaitoa paljon enemmän kuin suoritettava rutiininomainen puolestatekeminen. Toisaalta monet Kustaankartanon hoitotyöntekijät ovat kertoneet, etteivät enää halua palata rutiininomaiseen hoitotyöhön, vaan kokevat työn mielekkyyden lisääntyneen aktivoivan arjen -mallin myötä. Hyvin harva Kustaankartanolainen haluaa vaihtaa työpaikkaa, ja keikkatyöntekijöinä on useita eläkkeelle jääneitä hoitajia.

Kustaankartanossa kehitetty Aktivoivan arjen -malli tukee yhteisöllisyyden ja osallisuuden toteutumista, mikä on tärkeää nyt ja tulevaisuudessa. Vanhuspalvelulaki edellyttää ikäihmisten osallisuuden tukemista myös pitkäaikaishoidossa olevien kohdalla. Osallisuuden kannalta toimintakyvyn tukeminen ja päätöksenteko mahdollisuuksien antaminen ovat tärkeitä. Liikkumisen rajoittaminen ja pitkittyneet kovat kivut taas ovat esimerkkejä tekijöistä, jotka estävät osallisuutta. Aktivoivan arjen -malli on ollut suuressa roolissa vanhustyön kehittämisessä. Kustaankartanon vanhustenkeskus sai Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen järjestämässä RAI-vertailukehittämisen seminaareissa vuonna 2008 kunniamaininnan kokonaisvaltaisesta kuntouttavan toiminnan kehittämisestä ja vuonna 2009 parhaan hoidon laadun parantajana. Lisäksi malli sai vuonna 2008 Oivahoiva -kunniamaininnan. Hoitotyön sisällön kehittäminen on heijastunut työyhteisön kehittämiseen. Kustaankartano on saanut vuonna 2014 palkinnot Paras työyhteisön kehittäjä ja Vetovoimainen työpaikka.

LÄHTEET

- Finne-Soveri H, Metsälä A, Pohjola L, Raivio K, Pulkkinen T, Mustonen S. 2008. Teknologia aktivoivan hoitotyön palvelijaksi ympärivuorokautisessa hoidossa. Turvallisesti aktivoivaan arkeen konseptin kehittäminen 2006 – 2007. Helsingin sosiaaliviraston julkaisu
- Itkonen T, Pohjola L, Sairanen M, Rydman M, Korhola A, Havio T. 2011. Yhteisöllisyys ympärivuorokautisessa hoidossa. Helsingin sosiaaliviraston Vanhustenpalvelujen vastuualueen julkaisu
- Keränen J, Kuosmanen-Finér R, Metsälä A, Pohjola L, Päiväsaari-Vestenius s., Raivio K. 2007. Aktivoivan arjen opas. Kustaankartanon vanhustenkeskuksen julkaisu
- Kuosmanen-Finér R. 2011. Kustaankartanon laatukäsikirja. Kustaankartanon vanhustenkeskuksen julkaisu
- Kuosmanen-Finér R. 2007/päivitetty 2013. Kustaankartanon perehdytyksen käsikirja. Kustaankartanon vanhustenkeskuksen julkaisu
- Lehtonen H. 2010. INKO-INTO –raportti. Kustaankartanon julkaisu
- Suominen M, Finne-Soveri H, Hakala P, Hakala-Lahminen P, Männistö S, Pitkälä K, Sarlio-Lähteenkorva S, Soini H. 2010. Ravitsemussuosituksat ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Matka monipuoliseksi palvelukeskukseksi

Mari Riila & Tuija Dahlberg

Johdanto

Riistavuoren monipuolinen palvelukeskus (ent. vanhustenkeskus) on Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastoon kuuluva organisaatio, joka tarjoaa helsinkiläisille ikäihmisille palvelupolun ennaltaehkäisevistä palveluista ympärivuorokautiseen hoitoon. Monipuolinen palvelukeskus käsitteenä ja toimintamallina tarkoittaa monipuolisia, ennaltaehkäiseviä ja kuntoutumista edistäviä palveluita palvelukeskustoimintoista ympärivuorokautiseen hoitoon ja hoivaan, yhdessä alueellisessa rakenteellisessa kokonaisuudessa tai verkostomaisessa ajatusmallissa.

Riistavuoren monipuolisessa palvelukeskuksessa on pitkä työn sisällön ja laadun kehittämisperinne. Riistavuoren vanhainkoti valmistui joulukuussa 1965. Vuosina 1980–1996 Riistavuori toimi Laakson sairaalan alaisuudessa sairaalana. Osastoilla (nyk. ryhmäkodeissa) oli aikaisemmin n. 40 potilaspaiikkaa. Osastoilla oli neljä 5–6:den hengen huonetta, jotka olivat erittäin ahtaita ja epäinhimillisiä. Kahden hengen huoneita oli yhteensä 48 ja yhden hengen huoneita 19. Suurin osa potilaista oli vuoteeseen hoidettavia. Jo tuolloin Riistavuoren hoivan periaatteissa mainittiin asiakas/asukaslähtöisyys ja moniammatillinen yhteistyö asukkaan tarpeista lähtien. Hoivan periaatteina olivat kodinomaisuus, turvallisuus, ihmisläheisyys sekä asukkaan yksityisyyden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen ja näiden onnistumisesta oli vastuussa vastuuhoitaja/omahoitaja.

Vuonna 1997 Riistavuori muutettiin jälkeen vanhainkodiksi. Henkilökuntarakenne oli tuolloin erittäin heterogeeninen. Ammattinimikkeitä oli sairaanhoitajista kotiaavustajiin. Muutosta suunnittelevan työryhmän muistioiden liitteistä käy ilmi henkilökunnan huolenaiheita vanhainkotitoiminnan aloittamisessa. Henkilökuntaa mietitytti mitoituksen riittävyys ja vaade siitä, että henkilökunnan täytyy olla terveydenhuoltoalan koulutuksen saanutta. Hoitoapulaiset olivat esimerkiksi huolissaan siisteydestä koska ”liikkuvat dementikot sotkevat enemmän kuin vuodepotilaat”.

Suuri ideologinen ja toiminnallinen muutos perinteisestä vanhainkotitoiminnasta aktiiviseksi arviointi- ja kuntoutumistoiminnaksi ja asiakkaan kotona asumista tukevaksi monipuoliseksi ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi on tapahtunut Riistavuoressa 2000-luvulla. Toiminnan muutoksen taustalla on ollut Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palveluasumisen kehittämisohjelma sekä kaupungin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006–2009. Tavoitteena oli kehittää palveluasumista siten, että iäkkään tarvitsema ympärivuorokautinen hoito ja hoiva olisivat saatavilla ympäri vuorokauden ja vanhus voisi asua laitosasumista miellyttävämmässä asuinympäristössä elämänsä loppuun saakka. Tästä syntyi ajatus kehittää ns. monipuolinen vanhustenkeskus, jossa voitaisiin yhdistää terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhainkoti ja palveluasuminen yhdeksi toimintakokonaisuudeksi. Riistavuori ilmoittautui vapaaehtoisesti kokeilemaan

kyseistä toimintamallia, jonka kokeilu-aika oli vuosina 2008–2009. Vuonna 2010 se jatkui pysyvänä toimintamallina, ensimmäisenä Suomessa.

Hoitokulttuurin muutos ja RAI

Riistavuorella laitoshoidon RAI:n (LTC) käyttöönotto tapahtui suunnilleen samaan aikaan kun peruskorjaus valmistui keväällä 2001. Koko henkilökunta koulutettiin järjestelmän käyttöön kuten myös samana vuonna käyttöön otettuun sähköiseen asiakastietojärjestelmään. Henkilökunnasta moni ei ollut koskaan käyttänyt tietokonetta. Jossakin yksikössä RAI-vastaavaksi valittiin se, joka uskalsi käyttää tietokonetta.

Ensimmäiset RAI-arvioinnit tehtiin henkilökunnan kokemuksen mukaan Stakesia varten ja vain koska esimies määräsi. Arvioinnit eivät jälkikäteen arvioituna olleet erityisen luotettavia pariin ensimmäiseen vuoteen, mutta Riistavuorella ei kenelläkään vielä ollut osaamista niiden ja mittaritulosten kriittiseen tarkasteluun tai palauteraporttien oikeaan tulkitsemiseen.

Suurin apu ja tuki ensimmäisinä vuosina oli sosiaaliviraston silloinen ylilääkäri Harriet Finne-Soveri, joka esitteli talokohtaisesti tulokset koko henkilökunnalle ja vertaili niitä muiden vanhustenkeskusten tuloksiin Helsingissä. Tilaisuudet olivat innostavia myös hoitohenkilökunnalle, jolle järjestelmästä saatu tieto oli vielä vierasta. Toiminnan suunnitteluun RAI tuli mukaan ajan kanssa. Vähitellen opittiin löytämään palauteraportteista ja vertailutietokannasta asioita, joita oli syytä nostaa painopisteiksi kehittämiseen.

Hoitokulttuurin muutos alkoi, kun uskallettiin ryhtyä kyseenalaistamaan totuttuja käytäntöjä. RAI- palauteraportit herättivät pohtimaan ketä hoidetaan ja missä. Asukkaan ollessa RAI- mittareiden perusteella hyvin itsenäisen, herättiin miettimään mikä oli este kotiutumiselle. Usein syynä oli, ettei laitoshoidon sijoitetulla asukkailla enää ollut olemassa omaa kotia. Ensimmäinen asukas siirrettiin vanhainkotiosastolta palvelutaloon eli kevyemmän hoivan piiriin vuonna 2004. Tämä asukas osallistui säännölliseen, progressiivisesti etenevään kuntosaliharjoitteluun ja kuntoutui niin hyvin, että eli palvelutalossa aktiivista elämää vielä seitsemän vuotta.

Riistavuori harjoitteli vuosina 2006–2007 innokkaasti myös vertailukehittämistä Kustaankartanon vanhainkodin ja Tampereella sijaitsevan Koukkuniemen vanhainkodin kanssa. Laitosten välillä vaihdettiin tietoja ja tehtiin vierailuja. Toiminta opetti arvioimaan vertailutiedon käyttämistä, mitä toimintaa ja millaiseen organisaatioon kannattaa omaa toimintaansa verrata.

RAI-järjestelmän sisällöllinen ja tekninen tuki puuttui virastotasolta kokonaan vuoteen 2009 saakka, jolloin silloisessa sosiaalivirastossa aloitti hoitotyön asiantuntija vastuualueenaan RAI. Asiantuntijan tuki ja ohjaus on ollut ensiarvoisen tärkeää RAI-osaamisen lisäämisessä. Osaamista on lisätty mm. kouluttamalla hoitohenkilökuntaa säännöllisesti arvioinnin tekoon sekä tulosten hyödyntämiseen hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa. Esimiehiä on koulutettu toiminnan laadun seurantaan ja kehittämiskohteiden löytämiseen. Nimetyt yhdyshenkilöt osallistuvat asiantuntijan vetämiin RAI-yhdyshenkilökokouksiin ja tuovat tiedon sekä jalkauttavat viimeisimmät linjaukset esim. arvioinnin tekemiseen omissa yksiköissään.

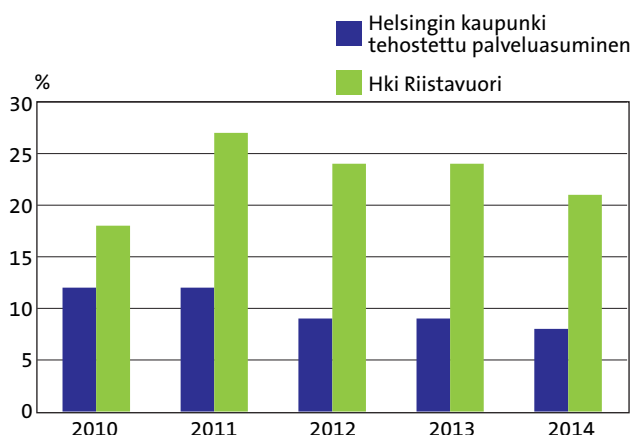
Monipuolisen vanhustenkeskuksen pilotti

Monipuolisen vanhustenkeskuksen toimintamallin kehittäminen alkoi RAI vertailutietojen tukemasta havainnosta, että Helsingissä kuin myös muualla Suomessa ympärivuorokautisen hoidon piiriin sekä palveluasumiseen että laitoshoitoon sijoittui avuntarpeeltaan lähes samanlaisia asiakkaita. Näillä asukkailla oli yhteinen ympärivuorokautisen hoidon tarvetta kuvaava piirre, muistisairaus. Tämän havainnon jälkeen koettiin tarpeettomaksi siirtää asiakasta hoidon portaalta toiselle hänen hoitoisuustasossa tapahtuvien suhteellisen vähäisten muutosten takia.

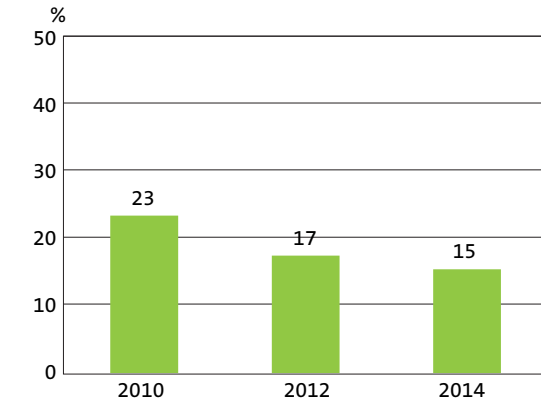
Toimintamallin pilotointi toteutettiin ilman ylimääräisiä resursseja, olemassa olevalla henkilöstöllä. Työvoimapulasta johtuen sairaanhoitajan vakansseja ei saatu täytetyksi, joten henkilökuntarakennetta ryhdyttiin rohkeasti monipuolistamaan. Riistavuoressa päädyttiin muuttamaan tyhjäksi jääneitä sairaanhoitajan vakansseja ja palkkaamaan tilalle fysioterapeutteja sekä sosiaaliohjaajia. Henkilökunnan näkökulmasta toiminnan muutos vaati uuden oppimista, joustavuutta ja oman ammatiosaamisen jakamista muiden ammattilaisten kanssa ja uuden osaamisen vastaanottamista muilta. Uuden oppimisessa korostui ja korostuu edelleen iäkkään asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä asiakkaan hoitoon ja palveluun liittyvien asioiden hoitaminen moniammatillisesti ja monialaisesti.

Kokeilun aikana Riistavuori laajensi toimintamalliaan asiakkaiden kotona asumista tukevaksi. Riistavuoren entisen pysyvän ympärivuorokautisen asumisen sijasta aloitettiin asiakkaitten suunnitelmallinen kuntouttaminen takaisin kotiin. Parhaat tulokset tuotti monialainen tiimityöskentely (kuvio 1), jossa fysioterapeutti toimii osana tiimiä asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutumista edistävien harjoitteluhjelmien laatimisessa ja niiden toteuttamisessa (Vähäkangas ym. 2012).

Riistavuoressa kaikilla asukkailla ja asukkailla on fysioterapeutin tekemä suunnitelma (kuvio 2 ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus). Resurssien jakamisessa painotetaan kotiin kuntoutumista. Arviointi- ja kuntoutusasiakkaille tarjotaan tiivistä



KUVIO 1. Monialainen kuntoutus, %.



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

KUVIO 2. Ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus, %.

harjoittelua mm. kuntosalilla. Pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoivan asukkaille terapeutti tekee liikuntasuunnitelman johon kirjatut keinot koko tiimi ymmärtää arjessa tapahtuviksi asioiksi. Liikuntasuunnitelman lisäksi näille asukkaille tarjotaan yksilöllisen tarpeen mukaan tiiviitä harjoittelujaksoja esim. akuutin sairauden jälkeen, jolloin asukkaan toimintakyky on romahtanut.

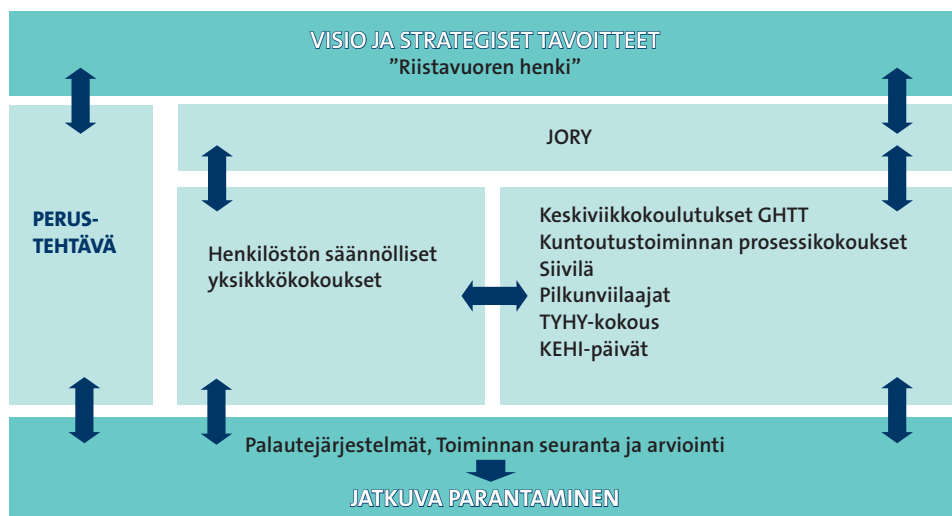
Kotona asumisen tukemiseksi Riistavuoressa aloitettiin myös laaja-alainen ennaltaehkäisevien avopalvelujen kehittäminen. Kaikki arviointi- ja kuntoutumisjaksoille tulevat asiakkaat käyvät jakson aikana palvelukeskuksen tuetuissa ryhmissä, jossa voivat jatkaa käymistä kotiutuksen jälkeen. Kotona asuvien muistisairaiden päivätoiminta laajennettiin ainoana Helsingissä palvelemaan asiakkaitaan vuoden jokaisena päivänä ja palvelua tarjotaan kahdessa vuorossa riippuen asiakkaitten vuorokausi-rytmitarpeesta. Lyhytaikaishoito siirtyi perinteisestä intervallihoidosta yksilöllisesti räätälöityihin hoitopaketteihin, vastaten erityisesti omaishoitoperheiden tarpeisiin.

Koko Riistavuori siirtyi palveluasumisen maksujärjestelmään sekä käyttämään RAI-HC:tä vuonna 2010.

Toiminnan johtaminen

Johtoryhmä seuraa toiminnan laatua puolivuositain mm. vertailutietokannasta saatavien laatuindikaattorien avulla, jotka kuvaavat toimintaprosesseja ja toiminnan tuloksia. Tuloksia käsitellään johtoryhmän lisäksi talon yhteisissä kokouksissa sekä yksikkötasolla esimiesten ja RAI- yhdyshenkilön johdolla.

Konkreettisten tavoitteiden asettaminen on oleellinen osa niiden saavuttamista. Tavoitteita asetetaan RAI:sta saatavien tietojen mukaan sekä yksittäisen asiakkaan hoitoon että laajemmin koskemaan koko organisaatiota. Tietokannasta saadaan puolivuositain informaatiota oman yksikön suorituskyvystä ja sitä verrataan tuloskortin tavoitteisiin.



KUVIO 3. Riistavuoren osallistavan johtamisen menetelmät

Riistavuoressa vahvistetaan erilaisin johtamisen menetelmin innovoivaa kulttuuria – ”Riistavuoren henkeä”, jossa henkilöstöä kannustetaan osallistumaan oman työnsä ja monipuolisen palvelukeskuksen kehittämiseen. Riistavuoressa toimii useita keskustelufoorumeita sekä työryhmiä (kuvio 3), joissa monialainen henkilökunta suunnittelee, kehittää ja arvioi nykyisiä toimintakäytäntöjä. Ryhmän edustajat jalkauttavat uutta tietoa ja toimintamallia yksiköihin ja tiedottavat toiminnasta johtoryhmää. Työryhmien tavoitteena on myös vahvistaa Riistavuoren monialaista toimintamallia sekä edistää vuorovaikutusta eri yksiköiden välillä.

Pilkunviilaajat on RAI- ja kirjaamisvastaavien ryhmä jossa on edustus jokaisesta yksiköstä. Ryhmässä käsitellään viimeisimmät terveiset RAI -yhdyshenkilökokouksesta ja kirjaamistyöryhmästä. Pilkunviilaajissa käsitellään runsaasti arvioinnin luotettavuuteen ja tulosten hyödynnettävyyteen liittyviä asioita. Ryhmälle osoitetaan myös kysymyksiä pitkin vuotta mikä osoittaa, että hoitajat pitävät luotettavaa arviointia tärkeänä ja arvioita tehdään pitkin vuotta, eikä vain tiedonsiirron aikoihin.

Siivilä on Riistavuoren ravitsemusvastaavien yhteinen foorumi, joka kokoontuu muutaman kerran vuodessa. Siivilässä tarkastellaan yksikkö- ja talotasolla vertailutietokannasta poimittua ravitsemukseen liittyviä tietoja sekä poimitaan asiakastasolla niitä asiakkaita, joiden ravitsemukseen RAI ohjaa kiinnittämään huomiota.

Gerontologisen hoitotyön tiimin (GHTT) ensisijainen tehtävä on hoitotyön sisällön kehittäminen ja keskinäinen konsultaatio. Kokouksissa käsitellään yhteisiä yksiköitä koskevia rakenteellisia hoitotyöhön liittyviä tekijöitä. GHTT:ssä seurataan hoidon laatua RAI-tietojen pohjalta ja sovitaan kehittämiskohteita sekä suunnitellaan hoitotyön interventioita.

Toiminnan seuraamisen väline on myös yksiköiden katselmukset, joita on pidetty vuosittain. Katselmukseen valmistautuva yksikkö auditoi omien asukkaidensa/asikkaiden hoitosuunnitelmat ja RAI:sta saatavien tietojen hyödyntämisen niissä. Auditoinnissa tarkastellaan myös onko päivittäinen kirjaaminen suunnitelman mukaista ja kuinka suunnitelmien toteutumista arvioidaan. Katselmuksiin osallistuu henkilökunnan lisäksi talon johtaja, RAI-yhdyshenkilö ja talon oma hoitotyön asiantuntija. Henkilökunnalle katselmukset viestivät johdon olevan kiinnostunut arviointiin ja kirjaamiseen liittyvistä asioista.

Henkilöstön osaaminen

Monipuolisen palvelukeskuksen saumattomien palveluiden toteuttamiseksi Riistavuoren henkilöstön on välttämätöntä ymmärtää asiakaslähtöisyyden ja monialaisuuden merkitys työn kantavana voimana. Riistavuoressa tuetaan henkilökunnan osaamisen kehittymistä ja strategiyymmärrystä omilla viikoittain järjestettävillä koulutuksilla, jotka sisältävät suunniteltuja koulutuskokonaisuuksia hoitotyön tai kirjaamisen substanssiosaamisesta muistisairauksiin tai ikääntyneen seksuaalisuuden kohtaamiseen. Riistavuoressa järjestetään myös arvokeskustelua ja eettistä pohdintaa sisältäviä koulutustilaisuuksia ja taidelähtöisten ryhmänohjausmenetelmien koulutusta omalle henkilöstölle. Kouluttajina toimivat Riistavuoren monitieteisen esimieskunnan ja henkilöstön osaajat sekä oman toimintayksikön ulkopuolelta kutsutut asiantuntijat.

Riistavuoren sisäisen koulutuksen koulutuskalenteri suunnitellaan tulokortin ja strategisten tavoitteiden mukaisesti, RAI -vertailutietoja ja kerättyä koulutuspalautetta hyödyntäen puolivuositain. Sisäisen koulutuksen lisäksi henkilöstö osallistuu kaupungin, viraston ja organisaation ulkopuolisten järjestämään koulutukseen ja seminaareihin yksiköissä laaditun suunnitelman mukaisesti.

Riistavuoressa on toiminut vuodesta 2012 sairaanhoitajille tarkoitettu tutkimusklubi, jossa perehdytään alan ajankohtaiseen tutkimustietoon ja hoitosuosituksiin. Merkittävä tutkimusklubin tavoite on tuoda tutkittu tieto lähelle käytäntöä ja arjen hoitotyöhön peilaten sitä samalla Riistavuoren olemassa oleviin käytäntöihin ja hoitotyön menetelmiin. Oman toiminnan arvioimisessa on käytetty RAI- tietoja hyväksi. Vertailutietokannasta ja palauteraporteista saatava tieto on myös herättänyt kysymyksiä ja ohjannut etsimään sekä hyödyntämään tutkittuja menetelmiä, esimerkiksi kaatumisten tarkastelun jälkeen tutkimusklubi ryhtyi etsimään ja arvioimaan näyttöön perustuvaa tietoa kaatumisen ehkäisemiseksi ja nyt IKINÄ- toimintamalli on ainakin osittain käytössä kaikissa yksiköissä.

Pohdinta

Riistavuoressa kehitetyn toimintamallin vahvuuksia on arvioitu yhdessä asiakkaiden, kumppaneiden ja sidosryhmien kanssa. Vahvuuksina on tullut esiin integroitunut työtapa, ennaltaehkäisevä työ, sitoutunut henkilöstö, palveluiden monipuolisuus, omien palveluketjujen toimiminen ja yhteistyö kotihoidon ja alueen sosiaali- lähityön kanssa. Asiakasnäkökulmasta toimintamalli mahdollistaa katkeamattoman palvelupolun sa-

man katon alla aina kotona asuvasta virkeästä seniorista ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevaan ikääntyneen henkilöön saakka. Toimintamalli on monistunut Helsingin kaupungin omiin yksiköihin ja on tulevaisuudessa tärkeä osa sosiaali- ja terveysviraston palveluverkkoa.

Riistavuoressa on vahva kuntoutumista tukevan työn osaaminen ja tahtotila sen toteuttamiseksi ja tätä täytyy tulevaisuudessakin vaalia. Parhaillaan Riistavuoressa mallinnetaan sosiaalisen kuntoutumisen suunnitelmaa osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Sosiaaliohjaajien osaaminen halutaan entistä parempaan käyttöön hyödyttämään sekä asiakasta että tiimiä.

RAI on Riistavuoressa auttanut laadun kehittämisessä ja tavoitteiden saavuttamisen seurannassa. RAI:n avulla voidaan kertoa muille konkreettisesti hyvin tehdystä työstä. Johdon vankkumaton tuki ja ymmärrys toimintakyvyn huolellisen arvioinnin merkityksestä ovat edellytyksenä RAI:n laaja-alaiselle hyödyntämiselle. Johdon ja lähiesimiesten tueksi tarvitaan asiantuntijoita hoitotyön sisällön kehittämistyöhön suunnittelemaan, kouluttamaan, ohjaamaan ja raporttoimaan.

Sosiaali- ja terveysalalla organisaatiouudistukset ja työvoiman eläköityminen tuo tulevaisuudessa oman lisänsä henkilöstön vaihtuvuuteen. Jatkuvan perehdytyksen tarpeeseen oman lisänsä tuo myös lisääntyvä monikulttuurisuus sekä henkilöstössä että asiakkaita. Perehdytykseen ja jatkuvaan koulutukseen on panostettava, jos halutaan pitää saavutetuista tuloksista ja tuloksellisista toimintatavoista kiinni.

LÄHTEET

- Ritvanen E & Peiponen A. 1996. Suunnitelma Riistavuoren siirtymisestä sosiaaliviraston vanhainkotoitoinnaksi 1.1.1997. Suunnitelma 28.10.1996.
- Soini H, Hinttala M-L, Laakoli K, Noro A, Santama K & Peiponen A. 2011. Riistavuoren monipuolinen vanhustenkeskus – pilotin kokemuksia. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia 2011:1.
- Vähäkangas P, Niemelä K, Noro A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen, Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos Raportti 48/2012.

Asukkaiden kuntoutumista edistävä toiminta – Muutoksen johtaminen Kivelän monipuolisessa palvelukeskuksessa

Jaana Kärki & Kirsi Pentikäinen

Johdanto

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Kivelän pitkäaikaissairaala muuttui sosiaaliviraston vanhustenkeskukseksi vuoden 2010 alusta. Muutoksessa Kivelän toiminnan painopiste siirtyi sairaanhoidosta asukkaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Hoitotyön johtajat ja lähiesimiehet ovat johtaneet määrätietoisesti tätä muutosta korostaen asukkaiden toimintakyvyn ja sosiaalisen osallistumisen tukemista arjessa.

Nykyisin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastossa toimiva Kivelä on muuttunut sen toiminnan kehittyessä Kivelän monipuoliseksi palvelukeskukseksi, joka tarjoaa pitkäaikaista ympärivuorokautista hoitoa kuudessa yksikössä 140 asukkaalle, toimintakyvyn arviointia ja kuntoutusta sekä suomen- ja ruotsinkielistä päivätoimintaa.

”Kivelän toiminnan tavoitteena on asukkaiden mahdollisimman omanlaisensa elämä turvallisessa ja arvostavassa yhteisössä ympärivuorokautisessa hoidossa... Toiminnassa pyritään siihen, että asukkailla olisi mahdollisuus kokea osallisuutta ja nauttia niistä asioista, mitkä heille ovat olleet tärkeitä ja hyvää mieltä tuottavia elämässä.”

(Kivelän www-sivut, 8.8.2014)

Kivelän hoitotyön johtajat ja lähiesimiehet hyödyntävät johtamisessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoiman RAI-vertailukehittämisen laatuindikaattoreita ja asiakasrakennetta kuvaavia tietoja. Tässä artikkelissa keskitytään kuvaamaan Kivelän pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon toimintamallien muutosta ja sen vaikutusta hoidon laatuun laitoshoidon RAI (RAI-LTC) -vertailukehittämisen tulosten avulla.

Kivelän monipuolisen palvelukeskuksen toimintamalli

Asukkaiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi on Kivelän toiminnan resursseja ohjattu suunnitelmallisesti yhä enemmän välittömään asiakastyöhön. Asukkaiden kuntoutumista tukevan lähijohtamisen ja moniammatillisen tiimityön vahvistamiseksi fysioterapeutit, toimintaterapeutit, virikeohjaajat ja sosiaaliohjaaja on siirretty työskentelemään yksiköihin lähiesimiesten alaisuuteen. Samalla on lisätty fysio- ja toimintaterapeuttien määrää. Tällä hetkellä pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä työskentelee kuusi fysioterapeuttia, kolme toimintaterapeuttia, kaksi virike-toiminnan ohjaajaa ja yksi sosiaaliohjaaja. Kuntoutumisen tueksi asukkaiden käyttöön on varustettu kaksi kuntosalia ja hankittu monipuoliset liikkumisen ja siirty-

misen apuvälineet. Lisäksi käytössä on fysioakustisia tuoleja, joissa ihmiskehoon johdetaan äänivärähtelyä terapeuttisessa tarkoituksessa asukkaiden toimintakyvyn tukemiseksi sekä kivun ja oireiden hoitamiseksi. Yksiköiden fyysisten rakenteiden pysyessä lähes ennallaan on toiminnan järjestäminen vaatinut luovuutta. Yhden yksikön kanslia on muutettu kuntosaliksi ja hissiaulaan on kalustettu tila asukkaiden yhteisöllistä ruokailua varten.

Hoitokulttuurin muutoksen tueksi on valittu logoterapeuttinen lähestymistapa, jonka perustana on asukkaiden itsensä kokemaa tarkoitusta elämälleen. Logoterapeuttinen ajattelu ohjaa pohtimaan eettisiä kysymyksiä ja hyvän hoidon lähtökohtia sekä avaa uusia näkökulmia hoidon kehittämiseen (Laine & Heimonen 2013.) Koulutuksilla ja erilaisissa työpajoissa on haluttu herättää henkilökuntaa näkemään asukkaiden oma tahto, ja kuinka hoitotyön suunnittelulla mahdollistetaan asukkaille tarkoituksellinen arki heidän toimintakyvyn vajeistaan huolimatta.

Yhteisöllisyys on ollut oiva keino aktivoida asukkaita. Arkista yhteisöllisyyttä on lisännyt asukkaiden toimintakykyä tukeva yhteisruokailu. Yksiköissä on järjestetty muun muassa asukkaiden, omaisten, vapaaehtoisten ja henkilökunnan yhteisiä ilta- ja päiväkahvitilaisuuksia ja erilaisia juhlia. Asukkaille ja päivätoiminnan asiakkaille on järjestetty yhteisiä joulupajoja, kuukausittaisia musiikkitapahtumia ja elokuvanäytöksiä popcornineen sekä sisäpihalla vuosittaisia kesäjuhlia, ”olympialaisia” ja unikeon juhlia. Kosmetologikoulun opiskelijoiden tarjoamat kauneudenhoitopäivät ovat tuottaneet asukkaille mielihyvää. Yhden yksikön terassilla toimivaan ilmaiseen kesäkahvilaan myös omaiset ja vapaaehtoiset ovat olleet tervetulleita. Yhteisöllisyys on tuonut omaiset lähemmäksi yksiköiden arkea, ja heistä on tullut asukkaiden hyvinvoinnin tärkeä voimavara.

Asukkaiden ulkoilun lisääminen on ollut yksi tärkeä Kivelän kehittämiskohde. Taivotteena on, että jokainen siihen kykenevä asukas ulkoilee vähintään kerran viikossa säästä ja vuodenajasta riippumatta. Kesäisin ulkoiluun kannustavat sisäpihan juhlat, kotieläinvierailut ja kesäkanala. Omaiset sekä lukuisat Kivelän vapaaehtoiset ovat hoitajien esimerkin mukaisesti ulkoilleet yhä enemmän asukkaiden kanssa. Ulkoilun toteutumista on seurattu säännöllisesti johtoryhmässä ja henkilökuntaa on palkittu onnistumisista.

RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa

Kivelän monipuolisessa palvelukeskuksessa toimitaan Koskelan ja Myllypuron monipuolisten palvelukeskusten kanssa yhteisesti kehitetyn RAI-toimintamallin mukaisesti (kuvio 1).

RAI-toimintamallissa on kuvattu kunkin henkilöstöryhmän keskeisimmät tehtävät ja vastuut. Hoitotyön johtajat käyttävät RAI-vertailukehittämisen laatuindikaattoreita ja asiakasrakennetta kuvaavia tietoja toiminnan ja hoidon laadun tarkastelussa, kehittämiskohteiden valinnassa ja kehittymisen seurannassa. RAI-vertailukehittämisen tuloksia seurataan Kivelän ja sen yksiköiden tuloskorteissa. Keskeisiä kehittämiskohteita on seurattu laatuindikaattoreiden Vuoteeseen hoidettavat (e) ja Ei-aktiviteettejä (e) sekä asukkaiden sosiaalisen osallistumisen mittarin avulla. Näiden lisäksi on



KUVIO 1. RAI-toimintamalli.

seurattu mm. asukkaiden painon laskua, toimintakyvyn laskua, aktivoivan hoitotyön vähäisyyttä, liikkumisen rajoittamista ja psyyken lääkkeiden käyttöä. Kehittäminen on ollut pitkäjänteistä ja organisaation yhteisten tavoitteiden mukaista. Tulokortin tavoitteita aseteltaessa on sovittu henkilökunnan palkitsemisen periaatteista.

Kivelän RAI-vertailukehittämisen tuloksia on verrattu valtakunnallisten keskiarvojen lisäksi Koskelan ja Myllypuron monipuolisten palvelukeskusten tuloksiin. Vertailua on tehty myös yksikkötasolla, jolloin kaikille Kivelän yksiköille on löytynyt vertailukumppani. Keskinäisen vertailun avulla lähiesimiehet ovat voineet havaita, mihin oman yksikön laatu sijoittuu suhteessa muihin samankaltaisiin yksiköihin, ja millaisia tuloksia kaikkein parhaimmat yksiköt ovat saavuttaneet. Vertailu on helpottanut yksiköiden tavoitteiden asettelua ja kannustanut jakamaan hyviä käytänteitä. Vertailu yli vertailuryhmien on kannustanut yksiköitä kehittämään hoidon laatua silloin kun yk-

sikön tulokset ovat olleet jo huomattavasti omaa vertailuryhmää parempia. Tämä on ollut mahdollista, koska muutamit toimintakyvyltään suhteellisen hauraita asukkaita hoitaneet yksiköt ovat saavuttaneet erittäin hyviä laatutuloksia.

Hoitotyön johtajat ja lähiesimiehet hyödyntävät johtamisessa myös Oy Raisoft Ltd:n toimittaman RAI-LTC -ohjelmiston laatumoduulia. Keskeisiä kehittämiskohteita on seurattu sen avulla vähintään kahden kuukauden välein. Seurannan avulla on voitu arvioida, mihin suuntaan Kivelän ja sen yksiköiden hoidon laatu kehittyy. Sen avulla lähiesimies on voinut tarvittaessa reagoida aiempaa nopeammin ja konkreettisemmin mahdollisiin hoidon laadun ongelmiin ja varmistaa siten parhaan mahdollisen hoidon suunnittelun ja toteutuksen asukastasolla. Osastotunneilla on lähiesimiehen johdolla tarkasteltu keskeisiä RAI-vertailukehittämisen tuloksia ja laatumoduulitietoja yhdessä henkilökunnan kanssa. Samalla on pohdittu asukkaiden RAI-arviointien luotettavuutta, parhaita mahdollisia hoitokäytänteitä, yksittäisten asukkaiden hoidon suunnittelua ja kehittämistyön merkitystä asukkaiden näkökulmasta. Muun muassa hoitajien ja terapeuttien kanssa on tarkasteltu vuoteeseen hoitettavien asukkaiden mahdollisuuksia nousta istumaan ja pohdittu pitkäaikaisen liikkumattomuuden haittoja.

Toimintamallissa korostuu lähiesimiesten vastuu oman yksikön toiminnasta ja sen kehittämisestä. Muutosten toteuttaminen on edellyttänyt lähiesimiehiltä aktiivista kehittämisoletusta ja kykyä katsoa asioita uudesta näkökulmasta. Joillekin yksiköille ovat sopineet nopeat toiminnan muutokset, toisissa yksiköissä niistä on keskusteltu työntekijöiden kanssa pidempään. Lähiesimiehet ovat toimineet esimerkkinä osallistumalla yhteisölliseen toimintaan ja ulkoilemalla asukkaiden kanssa. Hyväksi koettujen lähestymistapojen jakaminen ja kollegoilta saatu vertaistuki on koettu tärkeiksi haastavissa muutostilanteissa.

Moniammatillinen hoitotyön suunnittelu

Kivelässä hoidon tavoitteena on asukkaiden voimavarojen ja kuntoutumisen mahdollisuuksien tunnistaminen ja toimintakyvyn tukeminen kuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön keinoin. Hoidon suunnittelemiseksi asukkaiden RAI-arvioinnit tehdään moniammatillisessa tiimissä yhdessä asukkaan kanssa (kuvio 1). Fysioterapeutti osallistuu arviointeihin aina ja toimintaterapeutti asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit määrittelevät asukkaiden yksilö- ja ryhmäterapian tarpeen ja toteuttavat ne. Ryhmäfysioterapia sisältää esimerkiksi kuntosaliharjoittelua ja jokaisessa yksikössä toimii toimintaterapeutin ohjaama ruokailuryhmä.

Asukkaiden yksilölliset hoitotyön suunnitelmat laaditaan asukkaan RAI-arviointitietoja hyödyntäen vastuuhoidajan johdolla yhteistyössä asukkaiden, omaisten ja moniammatillisen tiimin kanssa (kuvio1). Suunnitelmissa kuvataan ainakin asukkaiden liikkumiseen, ravitsemukseen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyvät hoidon tarpeet, tavoitteet ja hoitotyön toiminnot. Niissä kuvataan asukkaiden tarvitsema päivittäisten toimintojen harjoittelu. Vastuuhoidajien yhdessä asukkaiden ja fysioterapeuttien kanssa laatimissa liikkumisen suunnitelmissa kuvataan hoitajien toteuttama liikehoito ja liikkumiseen liittyvä harjoittelu. Asukkaiden harrastamisen ja osallistu-

misen mahdollistamiseksi suunnitelmaan kartoitetaan heidän mieltymyksensä ja toiveensa. Arjen mielekkyyttä tuetaan logoterapeuttisella lähestymistavalla ja toimintakykyä edistetään muun muassa kinestetiikan keinoin. Kinestetiikassa avustustilanteet koetaan vuorovaikutustilanteina, joissa keskitytään jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämiseen. Asukkaita autetaan heidän omaa aktiivisuuttaan lisäävällä ja toimintakykyään edistävällä tavalla, mikä samalla edistää myös kuntouttavaa hoitotyötä. Kinestetiikan avustusmenetelmiä harjoitellaan säännöllisesti hoitajien ja terapeuttien yhteisissä ergonomiatyöpajoissa.

Hoitotyön suunnitelma -prosessia on kerrattu henkilökunnan kanssa koulutuksissa. Moniammatillisen arvioinnin ja hoidon suunnittelun kehittämiseksi terapeutit ovat osallistuneet vastuuhoitajien parina RAI-arviointikoulutuksiin ja hoitotyön suunnitelma -koulutuksiin. Lisäksi RAI-tiedon hyödyntämisestä hoitotyön suunnittelussa ja kuntouttavasta hoitotyöstä on keskusteltu koulutuksellisilla osastotunneilla.

Lähiesimiehet osallistuvat RAI- ja kirjaamisasioita käsittelevän työryhmän työkentelyyn yhdessä yksiköittensä RAI- ja kirjaamisvastaavina toimivien hoitajien kanssa. Vähäkankaan ym. (2012) laatiman kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen avulla he ovat voineet varmistaa, että asukkaiden tarpeiden ja mahdollisuuksien mukainen kuntoutus ja kuntouttava hoitotyö toteutuvat. Lähiesimiehet tukevat vastuuhoitajia hoitotyön suunnittelussa ja mahdollistavat tarpeelliset resurssit sen eri vaiheissa. Hoitajien osaamista arvioidaan vähintään kerran vuodessa kehityskeskustelujen yhteydessä.

Lähiesimiesten tuella ja johtamana henkilökunta on oppinut keskustelemaan hoitotyöstä rakentavasti ja aiempaa tavoitelluimmin. Moniammatillinen keskustelu on tuonut näkyväksi erilaisia näkemyksiä asukkaiden toimintakyvystä ja heidän kuntoutumisen mahdollisuuksistaan. Vastuuhoitajat ovat oppineet ottamaan vastuuta asukkaiden hoitotyön suunnittelusta yhdessä sovittujen käytänteiden mukaisesti. Lähiesimiehet ovat jatkuvasti varmistaneet ja kehittäneet myös omaa moniammatillisen tiimin johtamisosaamistaan. He ovat laatineet hoitotyön johtajien opastuksella kehittämissuunnitelmat, jossa yhtenä painopisteenä on ollut moniammatillisen tiimin johtaminen ja kuntouttavan hoitotyön kehittäminen.

Tulokset toiminnan muutoksen johtamisesta

Vuoden 2010 alussa Kivelä siirtyi RAI-vertailukehittämisessä terveyskeskuksen vuodeosastohoidosta vanhainkodiksi ilman asukaskunnan samanaikaista vaihtumista. Vertailukohteen siirtyminen antoi voimaa toiminnan muutoksen johtamiselle ja hoidon laadun kehittämislle. Kevään 2014 -tulosten mukaan Kivelän asukkaat (83,8 vuotta) ovat saman ikäisiä kuin RAI-LTC -vertailukehittämisessä mukana olevien vanhainkotien asukkaat (83,7 vuotta) keskimäärin. Sen asukkailla on hieman parempi kognitio, mutta enemmän päivittäisten toimintojen suorituskyvyn heikkenemistä. Kivelässä hoidetaan enemmän sairaanhoitoa ja lääketieteellistä apua tarvitsevia asukkaita kuin vanhainkodeissa keskimäärin. (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014)

Asukkaiden kognition heikkeneminen on haaste heidän aktiivisuutensa ja osallistumisensa tukemiselle. CPS (Cognitive Performance Scale) -mittarin mukaan vain

harvalla Kivelän asukkaista on hyvä kognitio. Jopa kolmannes sen asukkaista ei kognition vakavan heikkenemisen vuoksi kykene enää tekemään päivittäiseen elämään liittyviä päätöksiä (CPS 5–6). Heitä Kivelässä on yhteensä hieman vähemmän kuin vanhainkodeissa keskimäärin (Taulukko 1). Hoitajien kyky arvioida ja tukea asukkaiden päätöksentekokykyä on parantunut. Vakavasta kognition heikkenemisestä kärsivien asukkaiden osuus on ajan kuluessa lähes puolittunut. Enimmillään heitä on ollut jopa 64 %:a asukkaista keväällä 2011 (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014). Lisäksi Kivelään hoitoon tulleilla asukkailla on arvioitu olevan yhä useammin korkeintaan kognition keskivaikea häiriö (RAI-LTC -laatumoduuli 7.8.2014).

ADLH (Activities of Daily Living Hierarchy) -mittarin mukaan Kivelän asukkaila on keskimääräistä heikompi päivittäisten toimintojen suorituskky. Kivelässä on hieman vähemmän itsenäisiä tai korkeintaan fyysistä ohjausta tarvitsevia asukkaita (ADLH 0-2) kuin vanhainkodeissa keskimäärin. Vastaavasti päivittäisten toimintojen suorituskyyyn pitkälle edennyttä heikkenemistä (ADLH 5–6) on sen asukkailla keskimääräistä enemmän. ADLH-keskiarvo Kivelässä on 4,7 sen ollessa vanhainkodeissa 4,3.

Kivelän (Taulukko 2.) pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon asukkaiden keskimääräinen kognitio ja suorituskky ovat parantuneet vuodesta 2011 alkaen. Asukkaiden ADLH- ja CPS-mittareiden keskiarvojen tilapäiseen suurentumiseen vuosien 2010–2011 aikana vaikuttivat Kivelän asiakaspaikkojen vähentyminen, koska silloin toimintakyvyltään hyväkuntoisia asukkaista siirtyi asumaan muualle ryhmäkoteihin tai palvelutaloihin sekä se, että arviointi- ja kuntoutusasiakkailla siirryttiin vuonna 2010 kotihoidon RAI (RAI-HC) -arviointiin. (Kuvio 2)

Kevään 2014 -tuloksissa Kivelän asiakasrakenne poikkeaa RAI-LTC -vertailukehittämisessä mukana olevien vanhainkotien keskimääräisestä asiakasrakenteesta. Toimintamallien muutos on lisännyt Kivelän asukkaiden saamaa kuntoutusta. RUG (Resource Utilization Group)-III LTC/34 -asiakasrakenneluokituksen perusteella sen

TAULUKKO 1. Asukkaiden CPS-jakauma ja -keskiarvo Kivelässä ja vanhainkodeissa keväällä 2014

CPS Kognitio: lähimuisti, päivittäinen päätöksentekokyky, ymmärretyksi tuleminen, kyky ruokailla (jos ei päätöksentekokykyä) ja tajuttomuus. (THL 2013)	Kivelä	RAI:ta käyttävät vanhainkodit Suomessa
0 Ei häiriötä %	4	4
1 Rajatapaus, %	7	8
2 Lievä häiriö, %	15	10
3 Keskivaikea häiriö, %	29	32
4 Melko vaikea häiriö, %	11	10
5 Vaikea häiriö, %	9	14
6 Erittäin vaikea häiriö, %	24	22
CPS-keskiarvo	3,6	3,7

Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

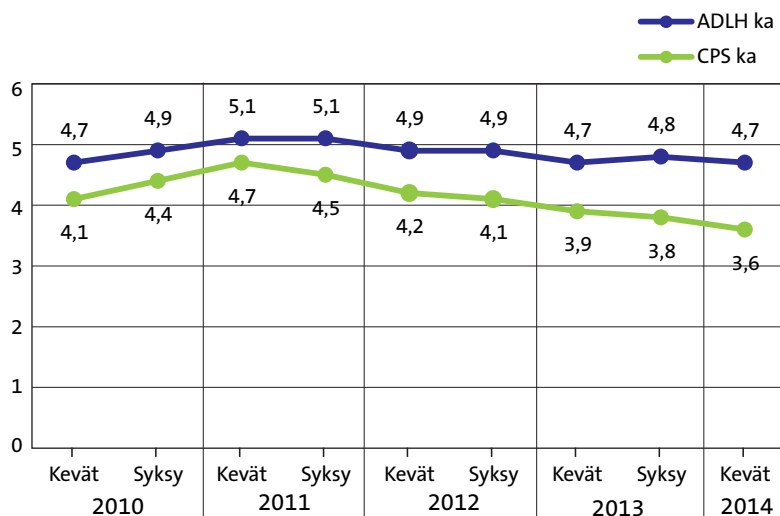
TAULUKKO 2. Asukkaiden ADLH-jakauma ja -keskiarvo Kivelässä ja vanhainkodeissa keväällä 2014

ADLH Päivittäisten toimintojen suorituskyky: liikkuminen yksikössä, ruokailu, WC:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. (THL 2013)	Kivelä	RAI:ta käyttävät vanhainkodit Suomessa
0 Itsenäinen, %	0	2
1 Ohjauksen tarvetta, %	4	5
2 Tarvitsee rajoitettua apua, %	6	7
3 Tarvitsee runsaasti apua 1, %	12	18
4 Tarvitsee runsaasti apua 2, %	9	10
5 Autettava, %	36	29
6 Täysin autettava, %	34	29
ADLH-keskiarvo	4,7	4,3

Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

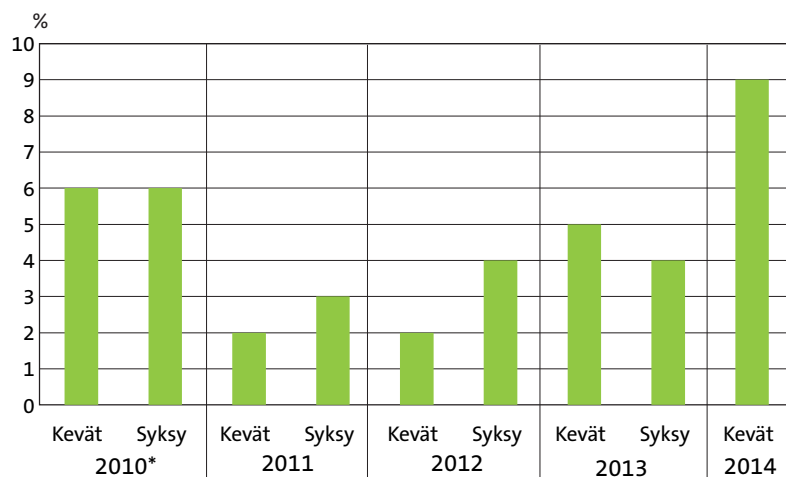
asukkaista 9 % saa *monialaista kuntoutusta* keväällä 2014. Osuus on suurempi kuin vanhainkodeissa (3 %) keskimäärin (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014). Osuus on yli nelinkertainen kevääseen 2011 verrattuna. (Kuvio 3)

Kivelässä on enemmän (36 %) sairaanhoidollista ja lääketieteellistä apua tarvitsevia asukkaita (*erittäin vaativa hoito, erityishoito, kliinisesti monimuotoinen*) kuin vanhainkodeissa (26 %) keskimäärin. *Kognitiivisen toimintojen heikentymisestä* tai *käytöshäiriöistä* kärsiviä, suhteellisen suorituskykyisiä asukkaita on vähemmän (6 %) kuin vanhainkodeissa (15 %) keskimäärin. Asukkaista puolet (50 %) kuuluu heikentyneen fyysisen toimintakyvyn -luokkaan, kun osuus vanhainkodeissa on 55 %. (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014)



Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 15.8.2014

KUVIO 2. RAI-LTC -arvioitujen asukkaiden ADLH- ja CPS-keskiarvot vuosina 2010–2014.

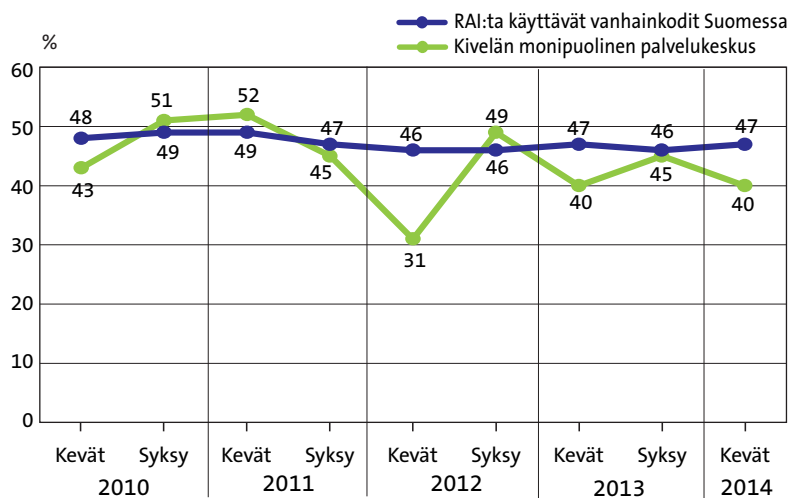


* Mukana arviointi- ja kuntoutusasiakkaita

Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

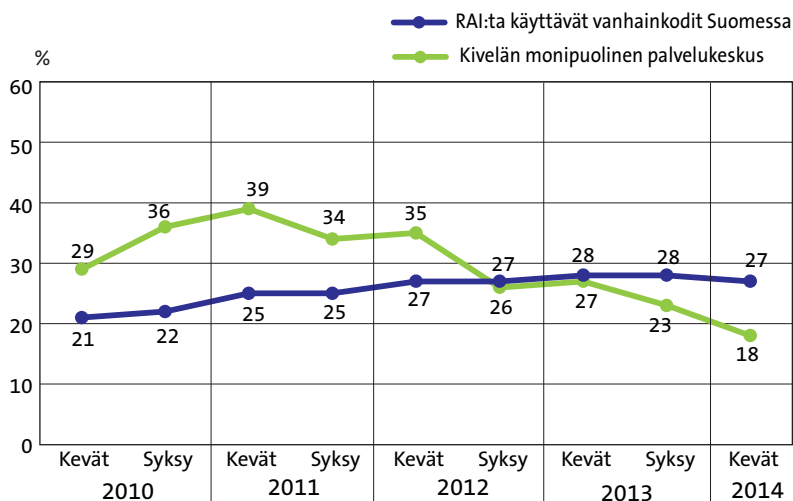
KUVIO 3. Monialaista kuntoutusta saavien asukkaiden osuus (%) vuosina 2010–2014.

Kivelän asukkailla on viime vuosien aikana ollut vähemmän päivittäisten toimintojen suorituskyvyn laskua kuin vanhainkotiasukkailla keskimäärin. Tämä on nähtävissä niin asukkaiden suorituskyvyn laskuun herkästi reagoivan *ADL-suoriutumisen (ADL-Long) muutos: huonontunut* (kuvio 4) kuin *Toimintakyvyn lasku pitkään säilyvässä taidoissa, matala riski (i)* -tuloksissa, jotka joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta ovat olleet keskimääräistä paremmalla tasolla. (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014)



Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

KUVIO 4. Asukkaiden ADL-suoriutumisen (ADL_L) muutos: Huonontunut (%) vuosina 2010–2014.



Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

KUVIO 5. Vuoteeseen hoidettavien asukkaiden osuus (%) vuosina 2010–2014.

Vuoteeseen hoidettavat

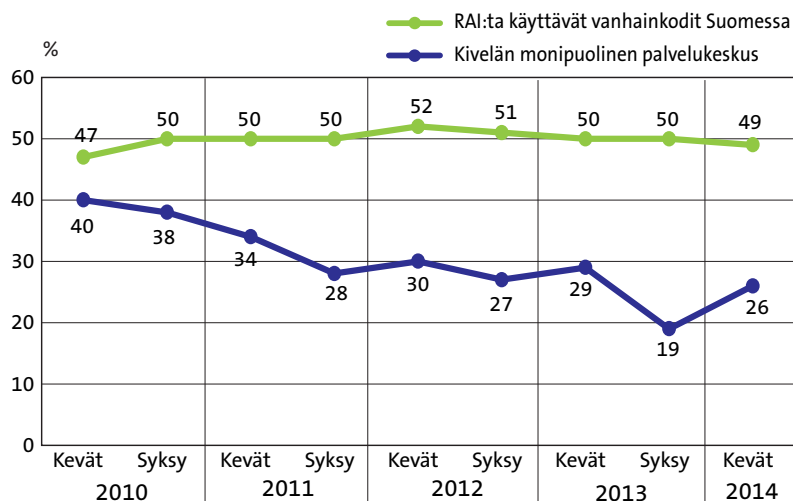
Kuviossa 5 on esitetty pääsääntöisesti vuoteeseen hoidettavien asukkaiden osuus Kivelän monipuolisissa palvelukeskuksessa ja RAI-LTC -vertailukehittämisessä mukana olevissa vanhainkodeissa. Moniammatillisen tiimityön kehittymisen myötä enää vain 18 % Kivelän asukkaista on vuoteeseen hoidettava keväällä 2014. Osuus on huomattavasti pienempi kuin vanhainkodeissa (27 %) keskimäärin. Siirtyminen keväällä 2010 RAI-vertailukehittämisestä terveyskeskuksesta vanhainkodiksi toimi herätteenä asukkaiden jatkuvan vuodelevon vähentämiseksi. Vaikka vuoteeseen hoidettavien osuus (29 %) oli silloin hyvä terveyskeskusten vuodeosastoihin (47 %) verrattuna, oli se selvästi vanhainkotien keskimääräistä osuutta (21 %) suurempi. (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014)

Alkuvuodesta 2010 asetetuista tavoitteista ja toimenpiteistä huolimatta vuoteeseen hoidettavien asukkaiden osuus nousi syksyn 2010 ja kevään 2011 -tuloksissa asiakaspaikkavähennyksen ja arviointi- ja kuntoutusyksikön asiakkaiden RAI-LTC -uloskirjausten vuoksi. Eniten vuoteeseen hoidettavia pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon asukkaita (39 %) oli keväällä 2011. Siihen verrattuna osuus on puolittunut. Vanhainkotien keskiarvoa parempana se on pysynyt syksystä 2012 lähtien. Vuoteeseen hoidettavien asukkaiden osuus on vaihdellut ja vaihtelee edelleen runsaasti eri Kivelän yksiköiden välillä (0–32 %). Parhaimman tuloksen (0 %) kevään 2014 -tuloksissa on saavuttanut yksikkö, joka aikanaan ensimmäisenä sai oman fysioterapeutin. Siellä vuoteeseen hoidettavien osuus myös alkoi pienentyä muita aiemmin. Yksikkö on toiminut esimerkkinä muille.

Asukas määritellään RAI-arvioinnissa vuoteeseen hoidettavaksi silloin, kun hän on vuodelevossa 22 tuntia tai enemmän neljänä tai useampana päivänä viikossa (Morris ym. 1995). Siten kaikki laatuindikaattorin mukaan vuoteeseen hoidettavat eivät ole aina välttämättä jatkuvassa vuodelevossa, vaan he voivat istua erikoistuolessa vaadittua lyhyempiä aikoja. Kivelässä vuoteeseen hoidettavia ovat yleensä kaikkein hauraimmat asukkaat, jotka eivät kykene kävelemään eivätkä siirtymään ja istumaan turvallisesti edes soveltuvien apuvälineiden avulla. Esimerkiksi puolella vuoteeseen hoidettavista asukkaista on ADLH *täysin autettava* ja CPS *erittäin vaikea häiriö* (RAI-LTC- laatumoduuli 7.8.2014). Tuolloin asukas voi olla sairaudestaan riippuen jo elämänsä loppuvaiheessa.

Ei aktiviteettejä

Ei aktiviteettejä -laatuindikaattorin mukaan 26 % Kivelän monipuolisessa palvelukeskuksen asukkaista harrastaa vähemmän kuin kolmanneksen siihen käytettävissä olevasta ajastaan (kuvio 6). Vuoteen 2010 verrattuna osuus on lähes puolittunut. Osuus on hieman suurentunut edellisestä, mikä johtuu sen tavanomaisesta vaihtelusta. Yksikkökohtaisissa tuloksissa on runsaasti vaihtelua (0–50 %) ja sitä on ollut myös ajan kuluessa. Syy tähän voi olla asukkaiden erilainen ja vaihteleva toimintakyky, omaisten aktiivisuus sekä ohjattujen ryhmien ja tilaisuuksien erilaiset määrät yksiköissä. Kognition vaikeasta tai erittäin vaikeasta heikkenemisestä kärsivien asukkaiden kyky ymmärtää ympäristöään ja nauttia itselleen tärkeiksi kokemista asioista riippuu usein kognition heikkenemisen syystä. Näiden asukkaiden harrastamisen voimavarojen haasteellista tunnistamista ja aktiviteettien toteutumisen arviointia on kerrattu hoitajien kanssa koulutuksissa ja osastotunneilla, mikä on parantanut laatuindikaattorin tulosta.



Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

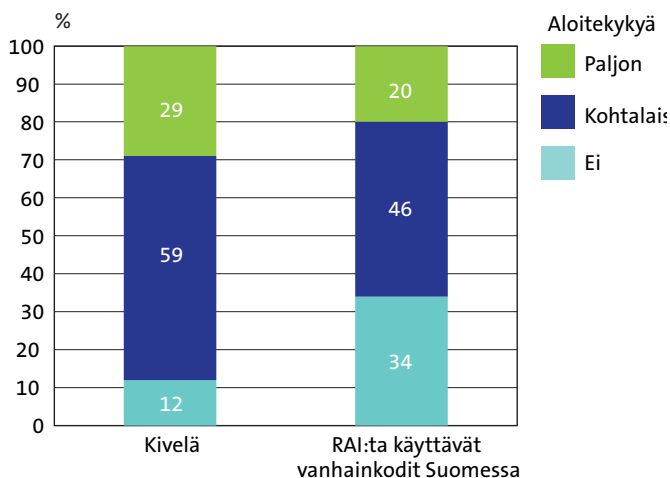
KUVIO 6. Ei-aktiviteetteja (e) -osuus (%) vuosina 2010–2014.

Kivelän Ei-aktiviteetteja (e) on huomattavasti parempi kuin RAI-LTC -vertailukehittämisessä mukana olevissa vanhainkodeissa (49 %) keskimäärin ja se on ollut jo vuosia erittäin hyvällä tasolla (RAI-LTC -vertailutietokanta, THL 2014). Kivelässä vähäinen harrastaminen keskittyy asukkaille, joiden kognitio on jo vakavasti heikentynyt, heistä 55 %:lla on kognition vaikea tai erittäin vaikea heikkeneminen (RAI-LTC -laatumoduuli 7.8.2014).

Aloitekyky ja sosiaalinen osallistuminen

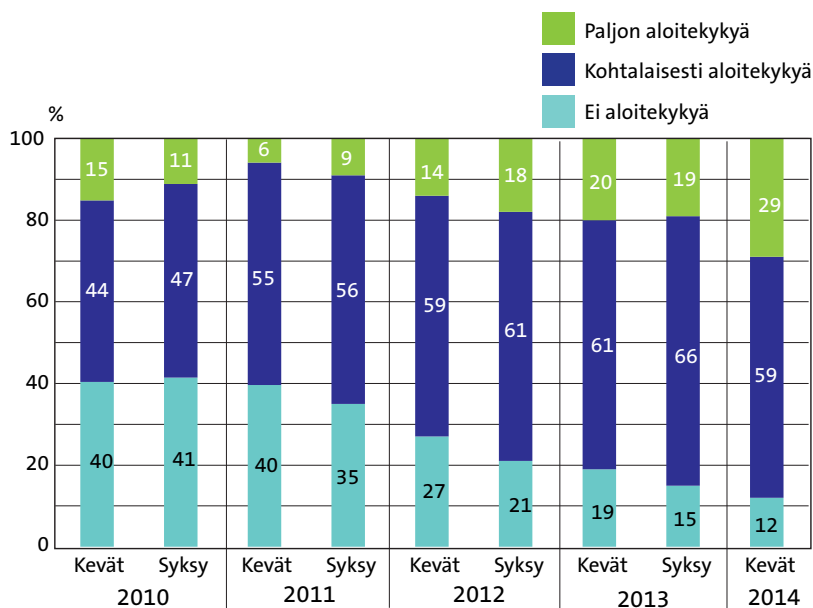
Asukaskohtainen aloitekyvyn ja sosiaalisen osallistumisen mittari SES (Social Engagement Scale) kuvaa asukkaan kykyä ja halua olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa ja mukana yksikön yhteisissä tapahtumissa ja ryhmätoiminnoissa, kykyä asettaa itselleen tavoitteita ja suorittaa oma-aloitteellisesti harrastamiseen ja askareisiin liittyviä toimintoja (Stakes 2004). Asukkaan kognitio ja fyysinen toimintakyky vaikuttavat siten ainakin jossain määrin mittarin arvoon. Kivelän asukkaat ovat huomattavasti harvemmin (12 %) ilman aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista kuin RAI-LTC -vertailukehittämisessä mukana olevissa vanhainkodeissa (34 %) keskimäärin. Samanaikaisesti paljon aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista omaavien asukkaiden osuus on 29 %, mikä on suurempi kuin vanhainkotien keskiarvo 20 %. (Kuvio 7)

Kivelän ilman aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista olevien asukkaiden osuus on pienentynyt alle kolmannekseen keväästä 2010. Erityisesti kevään 2014 -tuloksissa on lisääntynyt paljon aloitekykyä ja osallistumista omaavien asukkaiden osuus. (Kuvio 8) Tulos osoittaa, että hoitajien kyky arvioida, tunnistaa, ylläpitää ja tukea asukkaiden osallistumisen voimavaroja on parantunut ajan kuluessa. Hoitajat tukevat toimintakykyisten asukkaiden osallistumisen ja tavoitteellisen ja oma-aloitteellisen toiminnan voimavaroja. Yhtälailla hoitajat varmistavat kognition vaikeasta tai erittäin vaikeas-



Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

KUVIO 7. Asukkaiden aloitekyky ja sosiaalinen osallistuminen keväällä 2014.



Lähde: RAI-LTC -vertailutietokanta 8.8.2014

KUVIO 8. Asukkaiden aloitekyky ja sosiaalinen osallistuminen vuosina 2010–2014.

ta heikkenemisestä kärsivien asukkaiden osallistumisen yhteisiin tapahtumiin ja ryhmätoimintoihin. Tuolloin lähes kaikilla asukkailla on mahdollisuus saada mielihyvää tuottavia yhteisöllisiä kokemuksia ja kokea itsensä osalliseksi.

Pohdintaa

Kivelän monipuolisen palvelukeskuksen toimintamallit ovat olleet vaikuttavia keinoja asukkaiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Moniammatillinen RAI-arviointi ja moniammatillisesti laaditut hoitotyön suunnitelmat ovat vahvistaneet asukkaiden saamaa kuntouttavaa hoitotyötä. Moniammatillisen tiimityön syventymisen kautta asukkaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn voimavarat tunnustetaan aiempaa herkemmin, mikä on mahdollistanut heidän aiempaa aktiivisemmän liikkumisen ja jatkuvan vuodelevon vähentämisen. Fysioterapeuttien tukemana hoitajilla on ollut uskallusta siirtää istumaan asukkaita, joiden he ovat aiemmin kokeneet olleen siihen kykenemättömiä. Vuodelevon vähenemisen myötä asukkaat ovat voineet seurustella toistensa kanssa, osallistua yhteisiin tapahtumiin ja ryhmätoimintoihin sekä toimia ja ulkoilla aiempaa vaivattomammin hoitajien ja omaisten kanssa. Hoidon suunnittelu yhdessä asukkaiden ja omaisten kanssa on varmistanut yksilöllisen hoidon. Tämä on mahdollistanut kaikkien osapuolien sitoutumisen yhdessä määriteltyihin tavoitteisiin ja antanut pohjan asukkaiden motivoimiselle. Omaisten

osallistuminen yksiköiden arkeen on lisännyt asukkaiden psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Asukkaat ja omaiset ovat antaneet hyvää palautetta muutoksesta.

Hoidon laadun tarkastelu, tavoitteiden asettelu ja kehittymisen seuranta RAI-vertailukehittämisen tulosten avulla on tukenut muutoksen johtamista. Vertailukehittäminen yhdistettynä RAI-laatumoduuliseurantaan on muodostanut vaikuttavan RAI-tiedolla johtamisen mallin. Sen toteutumisen kautta hoitotyön johtajat ja lähiesimiehet ovat aiempaa paremmin tietoisia toiminnan kokonaisuudesta sekä kehittämisen vaikutuksista hoidon laatuun. Kivelän monipuolisen palvelukeskuksen RAI-tulokset osoittavat, että myös kognitioltaan ja toimintakyvyltään hauraiden asukkaiden aktiivisuutta ja sosiaalista osallistumista voidaan lisätä. Tulosten pysyvyys osoittaa muutoksen olevan todellinen.

Lähiesimiesten vastuunotto yksiköittensä toiminnan muutoksesta on mahdollistanut niiden toteuttamisen. Asukkaiden kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen avulla lähiesimiehet ovat voineet varmistaa, että kunkin asukkaan toimintakykyä edistetään hänen edellytystensä mukaisen kuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön keinoin. Olemalla mukana yksikön arjessa lähiesimiehet ovat voineet ohjata omalla esimerkillään henkilökuntaa kohti tavoitteiden mukaista toimintaa.

*Lämmin kiitos Kivelän monipuolisen palvelukeskuksen johtavalle ylihoitajalle Hele-
na Venetvaara-Nurmelle, osastonhoitaja Kirsi Salmelle sekä fysioterapeuteille Minna Su-
laselle ja Anne Lyytiselle.*

LÄHTEET

- Kivelän www-sivut: www.hel.fi/hki/sote/fi/Sairaala-,+kuntoutus-+ja+hoivapalvelut/asuminen/kivela 8.8.2014.
- Laine, Minna; Heimonen Sirkkaliisa: Mahdollisuuksien matka, logoterapeuttinen ajattelu muistisaira-
an ihmisen hoidossa, Oriveden hoivapalvelu-
yhdistys ry, Jyväskylän yliopistopaino 2010.
- Morris JN, Murphy K, Nonmaker S (1995) Long Term
Care Facility Resident Assessment Instrument
(RAI) User's Manual. Version 2.0 [suomennettu
Laitoshoidon RAI käsikirja, 2004. Stakes ja Jy-
väskylän yliopisto, Chydenius instituutti.]RAI-
LTC -laatumoduuli 7.8.2014.
- RAI-LTC –vertailutietokanta, THL (2014), 8.8.2014 ja
15.8.2014.
- THL (2013): RAI-vertailukehittäminen, RAI-palau-
te-raportin lukuohje, Ympäri-
vuorokautinen hoito
(RAI-LTC), 2013.
- Vähäkangas, Pia; Niemelä, Katriina; Noro, Anja
(2012): Ikäihmisten kuntoutumista edistävän
toiminnan lähijohtaminen, Koti- ja ympärivuo-
rokautisen hoidon laatu ja kehittäminen, RA-
PORTTI 48/2012, THL.

RAI-tieto osaamisen ja kehittämisen tukena

*Leila Mäkinen, Leena Majanmaa,
Laila Allén-Oikari, Sari Kouhi & Eija Lankinen*

Johdanto

Ikäihmisten palveluille on asetettu useita laadullisia, sisällöllisiä ja toiminnallisia tavoitteita sekä valtakunnallisesti että paikallisesti. Tampereen kaupunkistrategia 2025 linjaa tulevaisuuden muutossaasteiksi muun muassa ikäihmisten määrän kasvun ja väestöllisen huoltosuhteen heikentymisen. Tavoitteena on ikäihmisten osalta ylläpitää heidän aktiivisuuttaan ja toimintakykyään. Laitoshoidon tarvetta pyritään vähentämään antamalla apua ja hoitoa kotiin ja kodinomaisiin oloihin. Tavoite on, että 92 % ikäihmistä asuu kotona, vähintään 6 % asuu tehostetussa palveluasumisessa ja enintään 2 % on pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tarkastelun kohteena ovat yli 75-vuotiaat. Palvelutarpeiden varhainen tunnistaminen, tarkoituksenmukainen palveluiden kohdentaminen, toimivat peruspalvelut, selkeät palveluketjut ja moniammatillisuus ovat myös tavoitteina strategiassa.

Tampereella on käytössä tilaaja–tuottaja-toimintamalli. Tilaaja vastaa palvelujen järjestämisestä, kehittämisestä ja palvelutarpeen arvioinnista, valitsee kuhunkin tilanteeseen tarkoituksenmukaisimman tuotantotavan sekä määrittää ja hankkii palvelut. Tilaaja kilpailuttaa ja päättää hankinnat, hyväksyy palvelun tuottajat ja rahoittaa sekä valvoo toimintaa. Tuottaja vastaa palvelujen tuottamisesta sekä kehittää tuotantoorganisaatiotaan ja palvelutuotantonsa laatua ja kannattavuutta. Tilaajan ja tuottajan välinen palvelusopimus on keskeinen ohjauksen ja yhteistyön väline. Sopimusta valmisteltaessa määritellään yhdessä tilattavien palvelujen sisältö, laatu, laajuus ja hinta. Sopimusohjauksen toimivuus on keskeinen asia, jotta toimintamallissa onnistutaan. Sekä kotihoidon että sairaala- ja pitkäaikaisen laitoshoidon palvelujen palvelusopimuksissa seurataan useita RAI:sta saatavia laatutekijöitä. RAI:ta hyödynnetään mm. asiakasohjauksessa, SAS-toiminnassa, omaishoidon tuessa, kotiutustiimissä, kotikuntoutuksessa, geriatrisessa poliklinikkatoiminnassa ja ravitsemusterapiassa. RAI on otettu mukaan myös sekä kotihoidon että laitoshoidon kriteereihin, tuotteistukseen, rakenteisen kirjaamisen ohjeistukseen ja henkilöstön palkitsemiseen.

Tampereen kaupungin laitoshoidossa aloitettiin RAI-LTC:n käyttö vuonna 2001 pilottina kolmella osastolla ja vuodesta 2006 lähtien kaikki asiakkaat on arvioitu RAI järjestelmällä. Kotihoidossa RAI-HC:n käyttö alkoi vuonna 2007 kahden vuoden pilotilla ja tällä hetkellä säännöllisen kotihoidon asiakkaista 92 % on tehty RAI-arviointi. Tampereen kaupungin laitoshoidossa kehitystyö RAI:n avulla on kaupungin kotihoitoon verrattuna pidemmällä. Tämä johtuu ainakin osittain siitä, että laitoshoidon RAI tuli Tampereella käyttöön muutama vuosi aikaisemmin kuin kotihoidon RAI. Laitoshoidossa lienee myös helpompi saada aikaan yhteneväisiä kehityslinjoja kuin hajallaan

eri toimipisteissä ympäri kaupunkia toimivassa kotihoidossa. RAI on keskeinen väline palvelu- ja hoitosuunnitelmien, hoitosuunnitelmien ja väliarvioiden tekemisessä.

Tampereen kaupungin palveluissa on ollut useamman vuoden ajan käytössä palkitsemisjärjestelmät: Koukkuniemen vanhainkodissa Parhaat Palat ja sairaalaosastoilta Paras Parantaja. Palkitseminen kohdistuu laatuun ja toiminnan ohjaamiseen vaikuttaviin tekijöihin. Kriteereihin on sisällytetty erilaisia RAI:sta saatavia asioita kuten arviontien kattavuus ja arviointien valmistuminen kahden viikon kuluessa asukkaan saapumisesta osastolle, RAI -osastokohtaisten palauteraporttien läpikäyminen, hoitosuunnitelmien kattavuus sekä RAI -tiedon hyödyntäminen suunnitelmissa. RAI- tulosten pohjalta on valittu osastokohtainen kehittämiskohde ja asetettu tavoite. Vuoden 2013 loppuun asti kriteereinä ovat aina olleet laatuindikaattorit vuoteeseen hoidettavien määrä ja aktiviteettien vähäisyys. Kotihoidossa henkilökunnan kannustinmalli otettiin käyttöön heinäkuussa 2012. Tavoitteena on kannustaa työntekijöitä parantamaan kotihoidon tuottavuutta ilman että laatu huononee. Kannustinmallissa palkitaan paras parantaja, parhaat alueet ja henkilökohtaisesti hyvään välittömään työaikaan päässeet työntekijät. RAI -arviointien tekemisen peittävyys huomioidaan sekä parhaan parantajan että parhaiden alueiden valinnassa ja tekemättömistä arvioinneista saa miinus pisteitä.

Artikkeli perustuu Tampereen kaupungin oman tuotannon kotihoidon ja laitoshoidon RAI-aineistoihin, joita hyödyntäen tarkastellaan sitä kehitystyötä, mitä on jo tehty ja visioidaan myös tulevaisuuden haasteita kaupunkistrategiaan pohjautuen. Tarkastelun keskiössä ovat henkilöstön osaaminen ja toiminnan kehittäminen erityisesti ikäihmisten palveluprosessien näkökulmasta.

Tampereen kaupungin kotihoidon ja laitoshoidon kehittämisalueet

Tampereen kaupungin kotihoito sisältää sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon. Kotihoidon tarkastelussa ei ole kilpailutettujen alueiden kotihoitoa eikä Oriveden yhteistoiminta- aluetta. Laitushoito tuottaa sairaanhoidon, laitos- ja kotikuntoutuksen sekä avo- ja ympärivuorokautisen hoidon ja asumisen palveluja sekä ennaltaehkäisevää toimintaa toimintakyvyltään heikentyneille ikäihmisille. Laitoshoidosta ovat tarkastelun kohteena Koukkuniemen vanhainkoti ja Hatanpään psykogeriatrinen osastoryhmä. Hatanpään puistosairaalan psykogeriatrian osastoryhmässä hoidetaan potilaita, joilla on esimerkiksi vaikeahoitoinen masennussairaus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, dementiaan liittyviä vaikeita käytöshäiriöitä, skitsofreniasairaus tai muu psykoosisairaus tai erityisongelmia psykiatrisessa lääkehoidossa. Taulukossa 1 on esitetty asiakkaiden RAI-arviointimäärät Tampereen kaupungin ikäihmisten palveluissa palvelutyypeittäin.

TAULUKKO 1. Asiakkaiden RAI-arviointimäärät Tampereen kaupungin ikäihmisten palveluissa palvelutyypeittäin

Palveluntuottaja	Asiakkaiden RAI-arvioinnit, lukumäärä			
	2007_2	2010_1	2012_1	2014_1
Tampereen kaupungin kotihoito		1 341	1 581	1 712
Koukkuniemen vanhainkoti	806	700	590	575
Hatanpään psykogeriatrinen osastoryhmä		186	219	228

Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014

Taulukossa 2 on tarkasteltu kotihoidon, Koukkuniemen vanhainkodin ja Hatanpään psykogeriatrisen osastoryhmän asiakasrakennetta. Hatanpään psykogeriatrisen osastoryhmän asiakasrakenne on erilainen kuin Koukkuniemen vanhainkodin ja kotihoidon asiakasrakenteet, ainoastaan kognitiivisten toimitojen heikkenemisen prosenssiosuus on kaikissa palvelutyypeissä yhteneväinen.

RAI:n avulla tarkastellaan vain osaa eri palvelutyypeissä tehtyjä kehittämishankkeita. Tarkasteluun valittiin:

- asiakkaiden ravitsemustila ja suun hoito
- kuntoutumista edistävä toiminta
- uniläkkeiden käyttö
- kivun hoito
- kotien paloturvallisuus

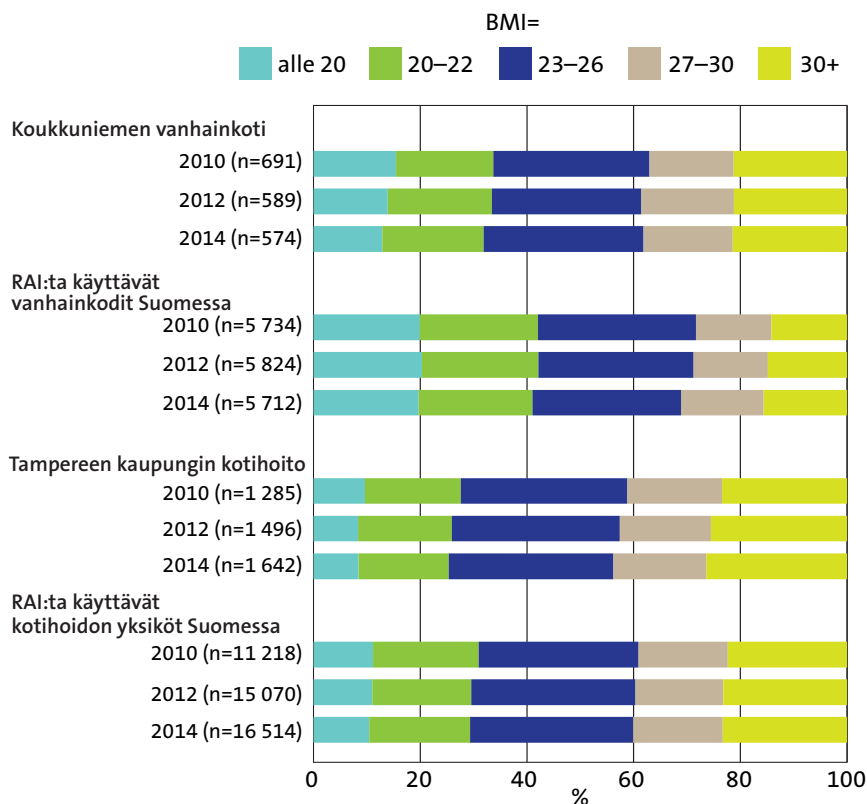
TAULUKKO 2. Asiakasrakenneluokitus RUG-III/18 Tampereen kaupungin ikäihmisten palveluissa palvelutyypeittäin, %

RUG-III/18-luokitus 2014_1	Tampereen kaupungin kotihoito	Koukkuniemen vanhainkoti	Hatanpään psykogeriatriset osastot
Monialainen kuntoutus	1	1	4
Erittäin vaativa hoito	0	1	0
Erityishoito	4	7	2
Kliinisesti monimuotoinen,	11	17	45
Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	19	19	19
Käytöshäiriöt	7	3	10
Heikentynyt fyysinen toimintakyky	57	53	20

Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

Asiakkaiden ravitsemustila kotihoidossa ja Koukkuniemen vanhainkodissa

Kotihoidossa ja Koukkuniemen vanhainkodissa asiakkaiden ravitsemustilaan on kiinnitetty erityistä huomiota. Painoindeksi (BMI) asiakaskohtaiseen seurantaan on pannaostettu ja tavoitteena on pituuden mittaaminen ja painon punnitseminen kaikilta niiltä asiakkailta, joille se on mahdollista. Tämän varmistamiseksi kotihoidon toimipisteisiin hankittiin mukaan otettavia vaakoja sellaisten asiakkaiden kotikäynneille, joilla ei ole omaa vaakaa. Kotihoidossa on edelleen asiakkaita, joiden BMI:ta ei saada kartoitettua. Koukkuniemen vanhainkotiin hankittiin vaakavuoteessa olevien asiakkaiden punnitsemista varten ja tämän vaikutuksesta vuodesta 2010 lähtien ei ole enää asiakkaita, joiden pituus tai paino olisi kirjaamatta. Kuviossa 1 on esitetty säännöllisen kotihoidon ja Koukkuniemen vanhainkodin asiakkaiden painoindeksit. Painoindeksi lasketaan siten, että asiakkaan paino (kg) jaetaan pituuden neliöllä (m²). Tässä tarkastelussa painoindeksi on ryhmitelty viiteen luokkaan: alipaino BMI alle 20, alipainon uhka BMI 20–22, normaalipaino BMI 23–26, ylipaino BMI 27–30 ja lihavuus BMI yli 30. Kotihoidossa ja Koukkuniemen vanhainkodissa alipainoisten asiakkaiden osuus on lievästi vähentynyt. Valtakunnallisiin keskiarvoihin verrattuna Tampereen

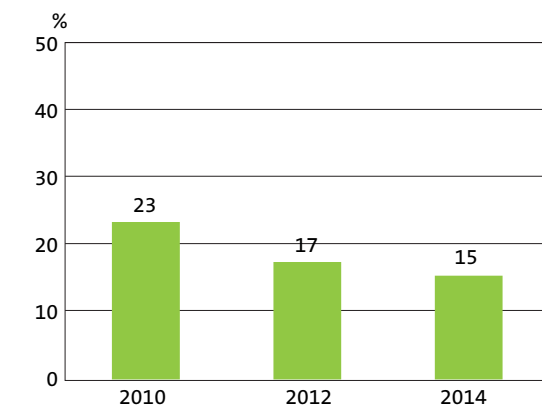


KUVIO 1. Asiakkaiden painoindeksit Tampereen kaupungin kotihoidossa ja Koukkuniemen vanhainkodissa, %.

kotihoidossa ja Koukkuniemen vanhainkodissa alipainoisia asiakkaita näyttäisi olevan vähemmän, mutta ylipainoisia enemmän. Tavoitteena on tehdä kaikille asiakkaille myös MNA -arviointi sähköisesti RAI -tietokonesovellukseen liitetyllä lisäosiolla.

Kotihoidon haasteena on, että asiakkaiden ruokailua ja juomista ei pystytä kokonaisvaltaisesti seuraamaan, koska asiakkaan luona ei olla jatkuvasti. Osalla asiakaista on rajalliset voimavarat itse huolehtia aterioinnistaan ja ruuan valmistamisesta. Henkilöstöä on koulutettu parempaan ikääntyvien ravitsemukseen ja ravitsemussuosituksiin. Vuonna 2013 aloitettiin osallistava asiakastyön kehittäminen Osake-työpajoissa, joissa ohjaajina toimivat omasta henkilöstöstä koulutetut fasilitaattorit. Työntekijät nostivat omasta työstään kehittämisen kohteita, joihin paneuduttiin yhdessä asiakkaiden kanssa. Tavoitteena oli, että asiakkaat huomasivat myös saavutetut muutokset. Yhdessä työpajassa kohteena oli ravitsemuksen kehittäminen, jonka pohjaksi otettiin RAI:sta saatavat arviointitiedot kuten BMI. Asiakkaita ohjataan yksilöllisesti kokonaisvaltaiseen ruokailutapahtumaan tavoitteena parempi ravitsemustila. Huomiota kiinnitetään paitsi varsinaiseen syömiseen myös ruokailutilanteen miellyttävyyteen ja viihtyisyyteen. Vuonna 2014 saatiin kaupungille uusi ravitsemusterapeutti, jonka tehtävänä ovat mm. ikäihmisten ravitsemusasiat. Ravitsemusterapeutti tutustuu kotihoidon asiakkaiden ravitsemushaasteisiin käymällä jokaisella lähipalvelualueella haastattelemassa henkilöstöä sekä opastamalla erilaisissa ravitsemukseen liittyvissä kysymyksissä. Hän on käynyt RAI-koulutukset ja pystyy nyt tarkastelemaan yksittäisten asiakkaiden ravitsemustilannetta RAI:sta saatavan tiedon avulla. Kuviossa 2 on esitetty säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ravitsemusta laatuindikaattorin riittämättömät ateriat avulla. Vaikka kehitystä parempaan tilanteeseen on havaittavissa, on ravitsemuksen parantamiseen kiinnitettävä koko ajan huomiota.

Sekä ravitsemukseen että terveydentilaan vaikuttava suun terveys on otettu kotihoidossa kehittämisen kohteeksi. Henkilöstölle on järjestetty aiheeseen liittyvää koulutusta. Hyvinvointia ja laatua – Vanhuspalvelulain toimeenpano-hankkeessa oli yhtenä kehittämisen teemana suun terveydenhoidon kehittäminen kotihoidossa. Pilottialuilla



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

KUVIO 2. Asiakkaiden riittämättömät ateriat Tampereen kaupungin kotihoidossa, %.

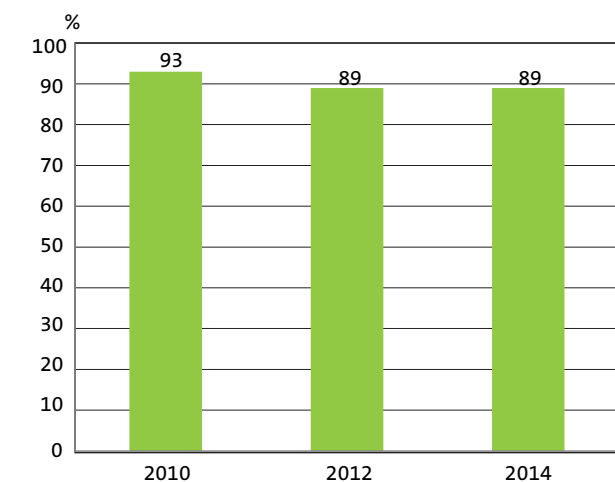
asiakkaat valittiin toimintakyvyn, suun tarkastustarpeen ja suostumuksen perusteella. Asiakkaille laadittiin suun Omahoito-ohje ja mukana yhteistyössä oli myös suuhygienisti. Vuoden 2010 keväällä ongelmia hampaiden ja hammasproteesien hoidossa oli n. 6,7 %:lla arvioituista asiakkaista, vuoden 2012 keväällä näin oli 7,30 %:lla asiakkaista ja 2014 luku oli jo 8,2 %.

Kuntoutumista edistävä toiminta

Kuntoutumista edistävä toiminta on kehittämisen alue kaikissa Tampereen kaupungin palveluissa. Kehittämistyötä seurataan kotihoidossa laatuindikaattoreilla *Ei kuntoutusta, vaikka mahdollisuus, Kaatumisen uhka, Ei liikkunut kodin ulkopuolella*, Koukkuniemen vanhainkodissa ja Hatanpään psykiatriassa osastoryhmässä *Vuoteeseen hoidettavat, Ei aktiviteetteja* ja näiden lisäksi Koukkuniemen vanhainkodissa *Unilääkkeiden ja melatoniini käyttö* ja Hatanpään psykiatriassa osastoilla *Liikkumista estävien välineiden päivittäinen käyttö*.

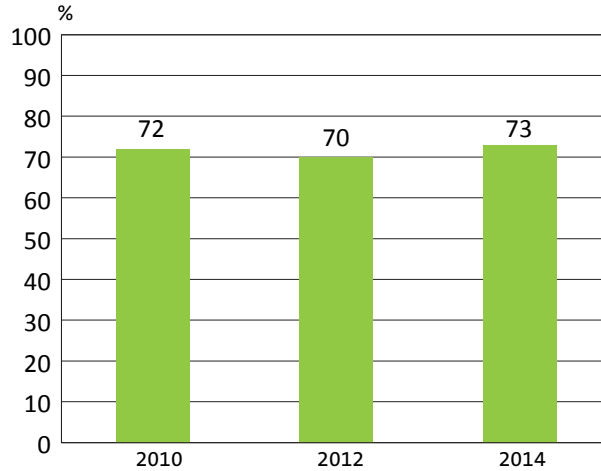
Kotihoidossa tavoitteena on ollut pienin arjessa tapahtuvien toimintojen osalta aktivoida asiakkaat osallistumaan enemmän jokapäiväisiin toimintoihin. Asian parantamiseksi keväällä 2014 aloitti geriatrisen poliklinikan yhteydessä Kotikuntoutustiimi, jonka tavoitteena on järjestää asiakkaille heidän kodissaan tehostetusti kuntoutusta, varsinkin asiakkaan kotiutuessa sairaalasta. Kotiutustiimi koostuu fysioterapeuteista, kunto- ja lähihoitajista. Kuitenkin asiakkaiden kuntoutuksen määrä ei ole merkittävästi lisääntynyt tarkasteluajana (Kuvio 3.)

Seuranta-aikana asiakkaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin joka neljäs oli kaatunut. Kaatumiseen vaikuttavia syitä on mm. kotihoidon asiakkaaksi tuleminen entistä huonokuntoisempana, moninaiset lääkitykset, päihteiden ja/tai alkoholi-



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

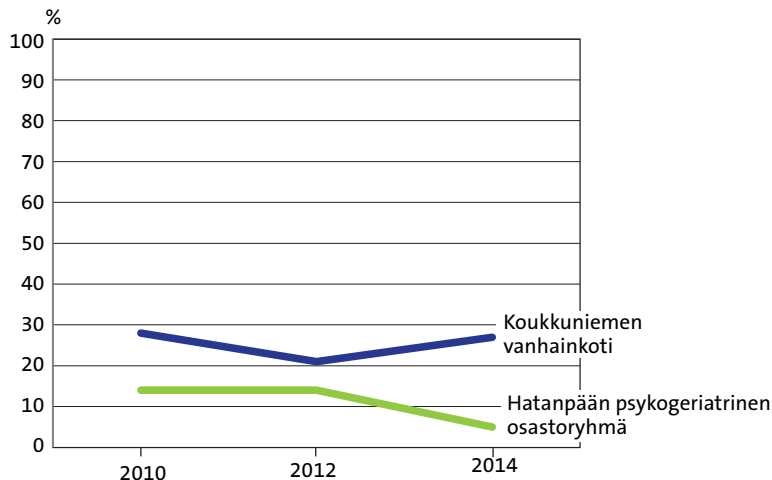
KUVIO 3. Asiakkailla ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus Tampereen kaupungin kotihoidossa, %.



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

KUVIO 4. Kaatumisen uhka Tampereen kaupungin kotihoodossa, %.

lin käyttö, sekakäyttö, kotiympäristö (pikkumatot, valaistus) ja apuvälineiden käytön välttäminen. Kotihoodossa seurataan asiakkaiden kaatumista laatuindikaattorilla *kaatumisen uhka* (Kuvio 5.) Pelkästään apuvälineiden hankinta ei riitä, vaan asiakasta on opastettava niiden käyttöön. Henkilökunnan perehdytys apuvälinetarpeen havaitsemiseen, apuvälineiden käytön opastukseen ja säätöjen tekemiseen on ensiarvoisen tärkeää ja tähän liittyvää koulutusta järjestetään. Säännöllisen kotihoodon asiakkaista noin joka viides asiakas ei liiku kodin ulkopuolella. Tähän on monia syitä, kuten ke- liolosuhteet. Voi olla, että asiakas välttää talvella ulos menemistä kaatumisen pelosta.



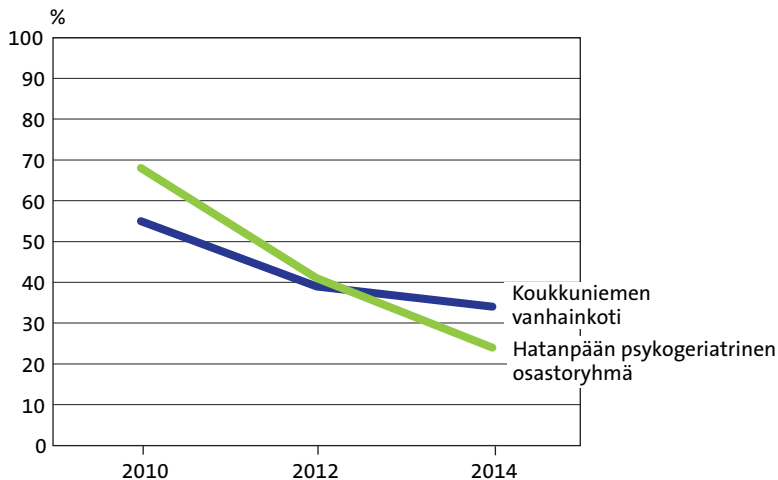
Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

KUVIO 5. Vuoteeseen hoidettavien määrä Koukkuniemen vanhainkodissa ja Hatanpään psykiatriosastossa, %.

Laitoshoidossa on seurattu erityisesti laatuindikaattoreita vuodepotilaiden määrä (%) ja ei aktiviteetteja (%), jotka osaltaan kuvaavat kuntouttavaa hoitotyötä ja vaikuttavat elämänlaatuun. RAI- aineistossa 2014_1 Koukkuniemen vanhainkodissa oli vielä 23 osastoa ja lähes 550 asukasta. Vuoteeseen hoidettavien määrä vaihteli osastoittain välillä 0-60 %. Asumakseen tullaan aikaisempaa huonokuntoisempina, mutta vuoteeseen hoidettavien keskiarvoluku Koukkuniemessä on pysynyt kutakuinkin ennallaan. Hatanpään psykogeriatrian osastoilla vuoteeseen hoidettavien määrää on ollut vähäisempi ja sitä on pystytty edelleen vähentämään (Kuvio 5.)

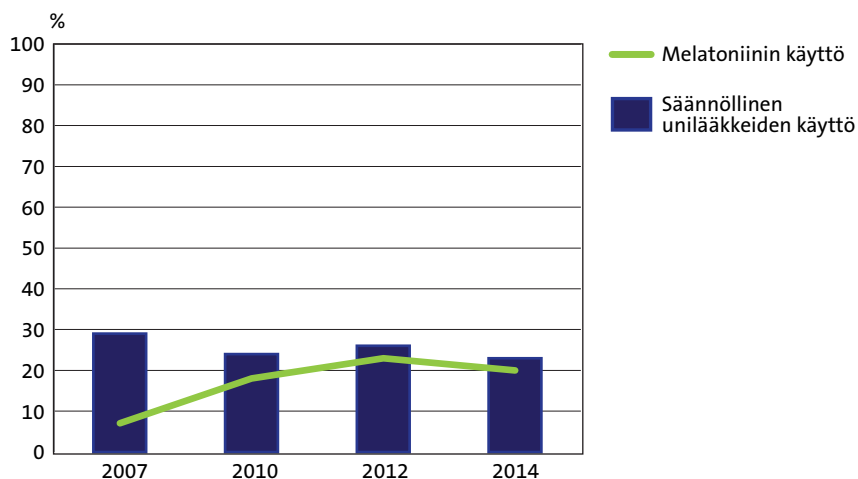
Kuviossa 6 on esitetty asiakkaat, joilla ei ole aktiviteetteja. Osa aktiviteettien lisääntymisestä johtuu kirjaamisen kohentumisesta, mutta myös toimintatapojen kehittämisestä. Koukkuniemessä tavoitteena on, että asiakkaat saavat elää turvallisesti oman näköistään arkea ja juhlaa. Asiakkaiden elämään on etsitty ja toteutettu itse kullekin mieluisia asioita. Hatanpään psykogeriatrian osastoilla aktiviteetit ovat aina olleet tärkeä osa kuntoutumista ja luonnollinen osa hoitotyötä, mutta sen tuominen esiin asiakkaiden RAI-arvioinneissa on ollut haasteellista.

Syksyllä 2007 Koukkuniemen asiakkaat saivat säännöllisesti unilääkkeitä lähes kaksi kertaa enemmän kuin vanhainkodeissa keskimäärin. RAI-laatuindikaattoreissa säännöllisellä unilääkityksellä tarkoitetaan useammin kuin kahdesti viikossa nautittuja unilääkkeitä. Unilääkkeiden käyttöä pyrittiin systemaattisesti vähentämään ja Melatoniinin osuutta unilääkityksessä lisättiin. Unilääkkeiden käyttö on Koukkuniemessä edelleen runsasta, mutta pääsääntöisesti luku muodostuu Melatoniinin käytöstä (Kuvio 7.)



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

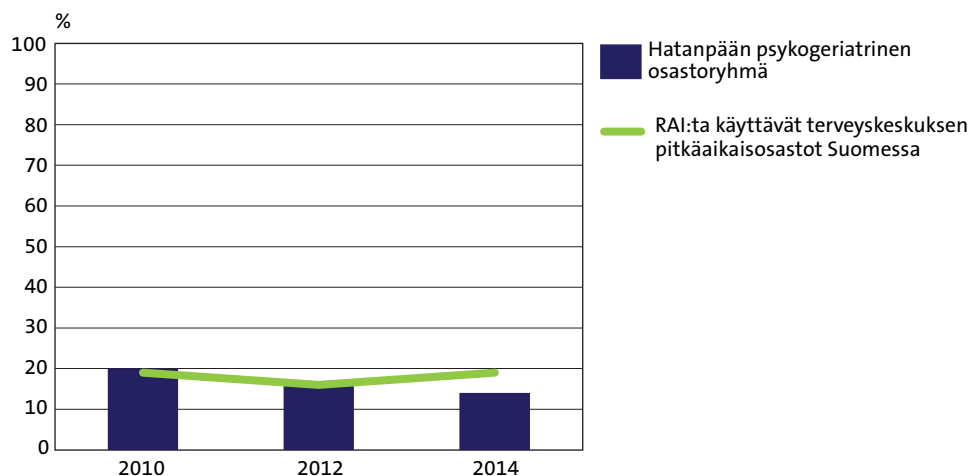
KUVIO 6. Ei aktiviteetteja Koukkuniemen vanhainkodissa ja Hatanpään psykogeriatrisessa osastoryhmässä, %.



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

KUVIO 7. Unilääkkeiden ja Melatoniinin käyttö Koukkuniemen vanhainkodissa, %.

Vanhuspalvelulaissa kiinnitetään huomiota potilaan itsemääräämisoikeuteen, it-senäiseen suoriutumiseen ja osallisuuteen. Psykogeriatrian osastoilla potilaan rajoit-tamiskäytännöt (sitominen) ovat olleet myös kehittämisen ja tarkastelun kohteena. Kuviossa 8 on esitetty liikkumista estävien välineiden päivittäinen käyttöä, joka on vä-hentynyt. Erilaisten rajoitteiden käyttöä hoitomuotona tulee edelleen tarkastella kriit-tisesti ja mietittävä, millaisia muita hoitotyön keinoja voidaan käyttää rajoittamisen sijasta. Psykogeriatrian osastojen kehitystyön tulokset näkyvät mm. siinä, että hoito-



Lähde: RAI-tietokanta, THL 2014_1

KUVIO 8. Liikkumista estävien apuvälineiden käyttö Hatanpään psykogeriatrisessa osastoryh-mässä ja RAI:ta käyttävät terveyskeskuksen pitkäaikaisosastot Suomessa, %.

henkilökunnan toimintatavat ja asenteet ovat muuttuneet asiakaslähtöisemmäksi, asiakkaiden itsemääräämisoikeus on lisääntynyt, hoitotyö on entistä kuntouttavampaa ja hoitoajat ovat lyhentyneet.

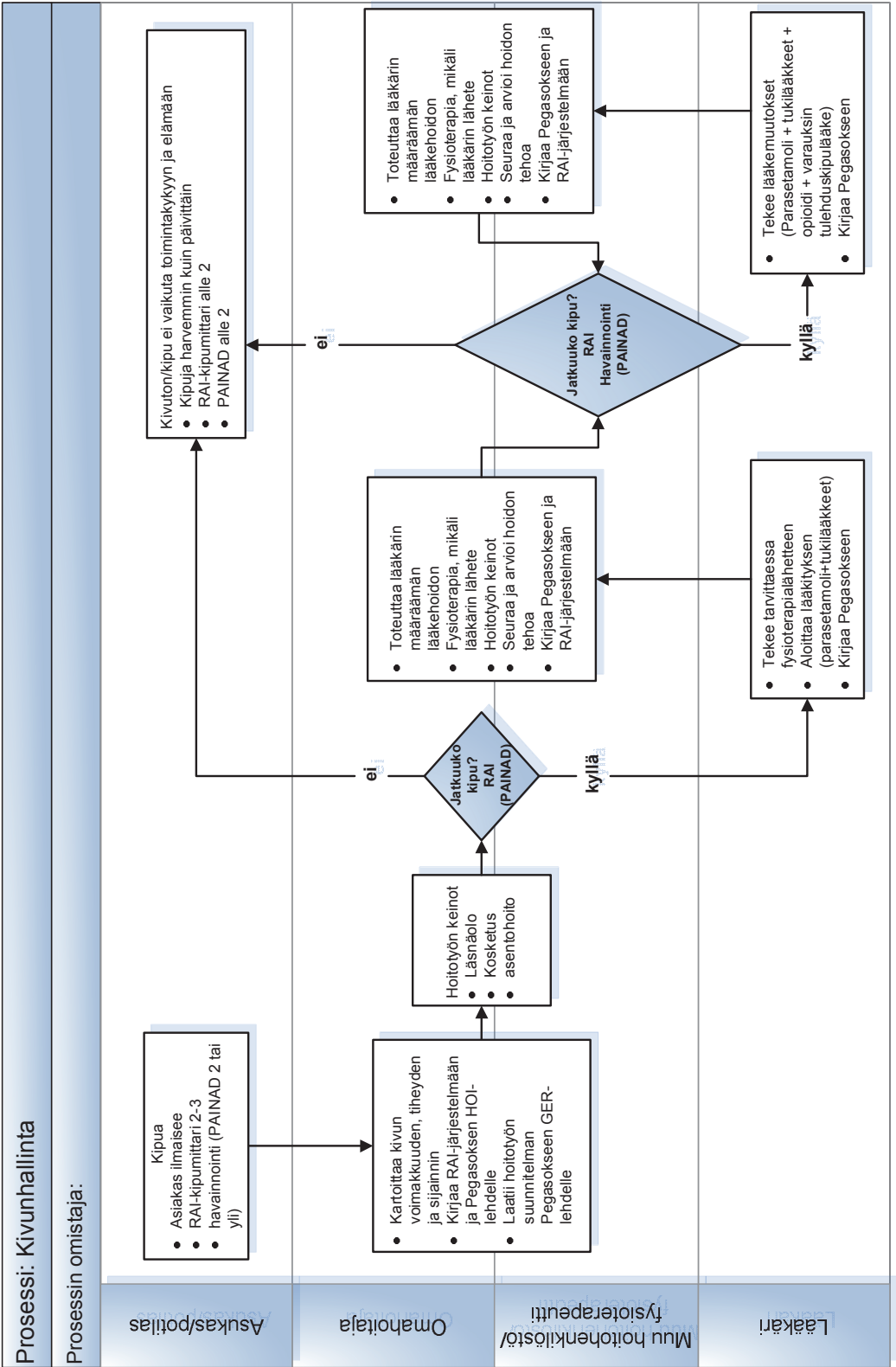
Asiakkaiden kivun hoito

Vuoden 2007 lopulla havaittiin Koukkuniemen RAI -vertailutiedoissa kipumittarin osoittavan kivuttomien osuuden olevan pienempi kuin valtakunnallisesti keskimäärin. Vanhainkotihoidon johtoryhmässä tehtiin päätös kivunhallintatyöryhmän perustamisesta. Se aloitti toimintansa vuoden 2008 alussa. Työryhmän toimesta aloitettiin koulutussarja taloittain ja laajempia koulutustapahtumia on järjestetty laitoshoidolle vuosittain. Kipumittareista on avattu erityisesti RAI -kipumittari, joka näkyy keskeisenä myös työryhmän laatimassa kivunhallintaprosessissa (Kuvio 9.) Koukkuniemen asiakkaita täysin ilman kipua olevien osuus on edelleen pari prosenttia pienempi kuin valtakunnallisesti, mutta päivittäinen kipu ja kipu ilman kipulääkitystä ovat samassa linjassa kuin vanhainkodissa keskimäärin. Suurella osalla asiakkaita on jokin muistisairaus, joka vaikeuttaa kivun arvioimista. Tähän apuna on käytetty myös PAI-NAD-mittaria. Kotihoidossa kivun hoito vaatisi enemmän huomiota. Entistä parempi kivun hoito parantaisi kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua. Kipu todennäköisesti vaikeuttaa liikkumista, huonontaa mielialaa ja vähentää ruokahalua. Noin joka kolmannella säännöllisen kotihoidon asiakkaalla on kovaa päivittäistä kipua.

Kotien paloturvallisuus

Pirkanmaan pelastuslaitoksen ja kotihoidon yhteistyö alkoi vuonna 2013 ja mukana yhteistyössä ovat olleet myös kotihoidon asiaksohjaus ja Hyvinvointia ja laatua –vanhuspalvelulain toimeenpanohanke. Kotihoidon, kotihoidon asiakasohjauksen, kotiutustiimin ja kotikuntoutuksen henkilöstöä on koulutettu asiakkaiden asumisen paloturvallisuuteen. Tavoitteena on, että koko kotihoidon henkilöstö ja muut kotikäyntejä tekevät saavat paloturvallisuus koulutuksen. Koulutusten lisäksi pelastuslaitoksen projektityöntekijä on tehnyt yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa yli 200 kotikäyntiä sellaisten asiakkaiden luokse, joiden paloturvallisuuden työntekijät ovat arvioineet olevan haasteellista. Pelastuslaitoksen toimesta ryhdyttiin pohtimaan, miten RAI:ta voidaan hyödyntää arvioidessa asiakkaan kykyä selviytyä tulipalosta tai muutoin uhkaavasta tilanteesta. RAI:sta nostettiin tästä näkökulmasta esiin kognitiivinen kyky, kuulo ja näkökyky, tietyt fyysiseen toimintakykyyn liittyvät asiat, diagnoosit, kaatui-lu ja psyyken lääkkeiden käyttö. Huomion kiinnittäminen ikäihmisten kotien paloturvallisuuteen on entistä merkittävämpää, koska näköpiirissä on ikääntyvien lukumäärän lisääntyminen kotihoidon asiakkaina ja todennäköistä on myös, että kotiin hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita. Lisäksi yksinäisyys, aistiern alenemat, muistihäiriöt, sekavuus, psyyken ongelmat, päihteet ja lääkkeet tuovat lisähaas-tetta paloturvallisuuteen.

KUVIO 9. Koukkuniemen vanhainkodin kivunhallintaprosessi



Pohdinta

Tampereen ikäihmisten palveluissa on toimintayksiköstä riippumatta monia yhteisiä haasteita sekä yleisellä tasolla että RAI:n hyödyntämisessä. Huomiota kiinnitetään erityisesti siihen, että RAI-arviot täytetään oikein ja tasalaatuisesti. Moniammatilliset palvelit ovat hyvä keino tukea tätä tavoitetta. RAI -tietoa käytetään hyödyksi palvelu- ja hoitosuunnitelmien, hoito-, kuntoutumis-, virike-, sekä ravitsemussuunnitelmien laadinnassa. Meillä on käytössä Pegasos 9.1 versio, rakenteinen kirjaaminen ja eKanta-arkisto. RAI ei ole näistä erillinen järjestelmä, vaan siitä saatavaa tietoa tulee hyödyntää yhdessä näiden kanssa ja toiveemme on, että RAI ja Pegasos saadaan ”keskustelemaan” keskenään jatkossa. Kirjaamiseen tarvittaisiin ja olisi hyvä saada kansalliset linjaukset yhdistettynä RAI:sta saatavaan informaatioon.

Laitoshoidossa on joka osastolle nimetty RAI –vastaava ja kotihoidossa on koulutettu lukuisia RAI –avainosaajia, jotka omalta osaltaan varmistavat omissa toimipisteissään arviontien laatua ja oikeellisuutta. RAI:n käyttöä on jo onnistuttu laajentamaan uusiinkin ammattiryhmiin. Tässä lieene vielä enemmänkin mahdollisuuksia, ne tulee vain havaita. Hatanpään puistosairaalan psykogeriatrian poliklinikan potilaiden hoitosuunnitelmissa huomioidaan ja hyödynnetään sekä ne RAI -arvioinnit, jotka on tehty osastolla (RAI-LTC) että myös ne, jotka on tehty kotihoidossa (RAI-HC). Varsinkin MH -lisäosion mielenterveyskysymyksien mittaritulokset ovat tarkastelussa. Hoitoketjun katkeamattomuus ja saumaton yhteistyö ovat äärimmäisen tärkeitä, jotta poliklinikan potilaan hoito onnistuu ja hoitojakson tuloksia voidaan arvioida.

RAI:ta voitaisiin jatkossa hyödyntää yhä enemmän hoitoprosessien kehittämisessä, kuten esimerkiksi virtsainkontinenssin ehkäisyssä. Kotihoidon hoitotarvikekuluista suurin osa koostuu vaippakustannuksista. Onkin syytä kysyä, voidaanko inkontinenssia kotihoidossa hoitaa paremmin ja miten siihen liittyviä asiakkaiden hoito-ohjelmia voidaan kotona toteuttaa. On myös havaittavissa, että jossain määrin asiakkaista tulee vaippojen käyttäjiä sairaalajaksojen aikana. Olisikin syytä ottaa koko inkontinenssiasia tarkemman tarkastelun kohteeksi ja luoda sille yhteiset hoidolliset tavoitteet ja toimintamallit sairaalan ja kotihoidon kanssa ja etsiä syyt ja keinot ennaltaehkäisylle tähän lisääntyvään ongelmaan. On myös todennäköistä, että vaippojen käyttö rajoittaa asiakkaiden sosiaalista aktiivisuutta ja liikkumista kodin ulkopuolella. Kysyä sopii myös, jäävätkö vaipat päälle virtsatieinfektion seurauksena. Vuonna 2010 kaupungin kotihoidon oman tuotannon asiakkaista 42 % käytti vaippoja tai pikkuhousunsuojia kastelun vuoksi, vuonna 2012 luku oli 43 % ja vuonna 2014 jo 49 %. Inkontinenssin hoito vaatii muutakin kuin vaippojen käytön opastusta ja oikein vaipan valintaa. Pidätyskyvyn koheneminen tai ylläpitäminen ja tarpeettomasta vaipan käytöstä luopuminen nähdään inhimillisesti niin tärkeinä ja elämisen laatuun oleellisesti vaikuttavina asioina, että henkilökunta halutaan herättää huomaamaan kriteeri päivittäisessä työssään, työn suunnittelussa ja kirjaamisessa entistäkin paremmin.

Riippumatta asumismuodosta ja hoitopaikasta asiakkaan tarpeet ovat samat. Katkeamaton ketju laitoksesta kotiin ja päinvastoin edellyttää meiltä prosessien hallintaa ja aukotonta tiedonvälitystä. Tavoite on, että vaikuttavan ja kuntouttavan toiminnan avulla asiakas selviää mahdollisimman pitkään kotona, vältetään sairaalajaksoja tai et-

tä sairaalan hoitajakset ovat mahdollisimman lyhyitä. Toimintakykyvajeiden mahdollisimman varhainen kartoittaminen ja havaitseminen ovat keskeisiä haasteita kotihoidossa, geripolitoiminnassa ja kotikuntoutuksessa ja ne auttavat välttämään sairaalajaksoja. Osa asiakkaista tarvitsee riittävän pitkän hoitajakson ja kotiutuksen jälkeisen seurannan, jotta vältytään pyöröovi-ilmiöltä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa keskeistä on olemassa olevien voimavarojen ylläpitäminen ja psykososiaalinen kuntoutus. Haasteellista on löytää ajoissa ne riskihenkilöt, jotka eivät ole vielä minkään palvelun piirissä.

Tärkeää on kiinnittää huomiota siihen, että asiakkaille tehdään uusi arvio voimien oleellisesti muuttuessa. Hoitosuunnitelma on päivitettävä, jotta hoito olisi suunnitelmallista ja tavoitteellista. Toimintakyky on arvioitava myös hoitajakson päättyessä, jotta hoidon vaikuttavuus saadaan esille. Tällöin työntekijätkin saavat välittömästi palautteen tekemästään työstä, minkä uskotaan motivoivan henkilökuntaa. Esimiehen rooli on tärkeä, koska hän kannustaa henkilökuntaa sekä antaa palautetta ja seuraa hoidon laatua. RAI -vertailutietojen ja laatumoduulin käyttö työvälineinä antavat tähän hyvät mahdollisuudet. Esimieheltä edellytetään erityisen hyvää RAI -osaamista. Koemme, että RAI:n käyttö on auttanut eteenpäin monissa asioissa jo nyt ja onnistumisen kokemuksia myös on, mutta toki vielä on paljon tehtävää ja opittavaa. Keskeiseksi haasteeksi nousee ehdottomasti työntekijöiden RAI -arviointien tekemisen osaaminen laadullisesti parhaalla mahdollisella tavalla. RAI -koulutusten suunnitelmallisuus ja järjestelmällisyys on tässä hyvin keskeistä. Kehitettäessä toimintaa RAI:n avulla on kuitenkin aivan välttämätöntä priorisoida asioita. Kaikkea ei voi samanaikaisesti kehittää.

2.3 Johtaminen vanhuspalveluissa

RUG-tuotteistus palvelujen järjestämisen johtamisen tukena Tampereen ikäihmisten palveluissa

*Rauha Heikkilä, Anniina Tirronen, Magnus Björkgren,
Kokkolan Birgit Viitanen & Marjo Vesa*

Johdanto

Tampereella jo pitkään voimassa ollut kotona asumista tukeva strategia näkyy laitospainotteisen palvelurakenteen purkamisena kotona tapahtuvan hoidon palveluiksi, kuten kotihoidoksi ja tehostetuksi palveluasumiseksi. Alan Longin (2009) näkemyksen mukaan kotihoidon palvelujen onnistunut järjestäminen ikääntyneille ja vammaisille henkilöille tulee olemaan keskeistä selvitäksemme demografisista muutoksista. Suurin osa ihmisistä haluaa asua kotonaan ja tulla siellä hyvin hoidetuksi mahdollisimman pitkään, mikä on keskeistä myös palvelujen kustannusten hallinnan näkökulmasta. Longin mukaan hoivapalvelujen hankinnassa tulisikin kannustaa tuottajia panostamaan palvelun tuottamiseen pitkällä aikavälillä asettamalla pitkän aikavälin tavoitteita ja solmimalla pitempiä sopimuksia. Näin hoivapalvelun tuottajia rohkaistaisiin sijoittamaan etukäteispanoksia palvelujen tuottamiseen niiden tavoittellessa parempia tuloksia. Palvelutuottajien moninaistumista kuvataan käsitteellä monituottajamalli, jossa palveluja tuottavat kunta, yritykset, järjestöt, yhdistykset ja vapaaehtoiset. Tilaa-jatoinnin ja palvelujen tuotannon eriyttämisellä luodaan palvelutuottajien välille kilpailua ja kannustimia, jotka parantavat tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelun laatua sekä edistävät joustavaa toiminnan uudistamista (Virtanen & Stenvall 2010, Keskimäki ym. 2012.) Palvelujen tilaamisessa ja tuottamisessa tuotteistuksella on keskeinen rooli (Stenvall & Airaksinen 2009). Linnan ja Junnilan (2012) mukaan käyttötarkoitus vaikuttaa siihen, mikä on toimiva ja tarkoituksenmukainen tapa tuotteistaa. Se voi olla toiminnan kuvaaminen (palvelutuotannon mittaaminen ja tietojen käyttö johtamisessa) tai laskutus, hinnoittelu, palkitseminen tai sopimusten seuranta.

Tuotteistus voi pohjautua standardeihin, jolloin palvelutuotteiden määritys perustuu siihen, että automaattisesti kerätään tietoja, jotka ryhmitellään luokituksen avulla palvelutuotteiksi. Yksi esimerkki on asiakasrakenneluokitus RUG (Resource Utilization Groups). RUG-luokituksen kriteerit perustuvat iäkkään henkilön terveydentilaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja erityishoitoihin tai -tarpeisiin, jotka kuvaavat hoidon resurssitarvetta. Ensimmäiseen pääluokkaan *Monialainen kuntoutus* luokituu aktiivisen kuntoutuksen asiakkaat. Mikäli asiakas ei täytä kriteereitä, testataan hierarkiassa seuraavaksi tulevan pääluokan *Erittäin vaativa hoito* kriteerit, sitten sitä seuraavan, kunnes pääluokka on määritelty. Pääluokissa *Erittäin vaativa hoito*,

Erityishoito ja Kliinisesti monimuotoinen kriteerit ovat iäkkään henkilön terveydentilaan liittyviä. *Kognitiivisten toimintojen heikentyminen* pääluokan kriteeri on, että iäkkään henkilön kognitio on alentunut. *Käytöshäiriöt*-pääluokan kriteeri on, että iäkkäällä henkilöllä on käytösoire. Hierarkiassa viimeisenä pääluokkana on *Heikentynyt fyysinen toimintakyky*, missä kriteerinä on, että ylempien pääluokkien kriteerit eivät täyty tai henkilön fyysinen toimintakyky on alentunut ja sen lisäksi on joko käytösoire tai kognition alenema (Fries ym. 1994, Björkgren ym. 2002.) Pääluokat on jaettu edelleen alaryhmiin, joille on muodostettu omat kustannuspainot. RUG-luokitusryhmille lasketut kustannuspainot kuvaavat asiakasryhmien suhteellista voimavarakulutusta. Kustannuspainot on laskettu hoitohenkilökuntaryhmien palkalla painotetun asiakaskohtaisen hoitoajan perusteella. Ikäihmisten palveluiden koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa hoitojakson pituutta on vaikea ennakoida, tästä syystä RUG-luokitus mittaa hoidon päivittäiskustannuksia. RUG-luokituksen avulla hoidon tuotosta, hoitopäivän hinta, porrastetaan todellisten kustannusten ja asiakasrakenteen mukaan.

Tampereella lähdettiin miettimään palveluita asiakkaiden tarpeen näkökulmasta – miten asiakkaan toimintakyky ja voimavarat vaikuttavat järjestettävään palveluun. Hoitoa ja huolenpitoa turvaava palvelukokonaisuus on suunniteltava vastaamaan iäkkään henkilön yksilöllisiä tarpeita, jotka on selvitettävä monipuolisesti luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Ikäihmisten palvelujen laitoshoidon, tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon tuotteistukset toteutettiin yhteistyössä Tampereen kaupungin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa. Mukana tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon tuotteistuksissa oli myös ulkoisia palveluntuottajia. Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata Tampereen kaupungin ikäihmisten palveluiden tuotteistusprosessi ja siitä syntyneitä palvelutuotteita sekä palvelutuotteiden käyttöä johtamisen apuvälineenä palvelujen järjestämisessä.

Tampereen kaupungin järjestämien ikäihmisten palvelujen tuotteistusprosessi

Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelujen tuotteistamisprosessissa käytettiin apuna Lehtisen ja Niinimäen (2005) kehittämää asiantuntijapalveluiden tuotteistusprosessimallia, joka jakaantuu neljään päävaiheeseen: valmistelutyöt, palvelutuotteiden muodostaminen, markkinointi sekä seuranta ja arviointi. Tampereella tuotteistamisprosessi RAI-arviointijärjestelmään pohjautuen aloitettiin Koukkuniemi 2020 -hankkeessa laitoshoidon tuotteistamisesta 2010–2011 (Heikkilä ym. 2013) ja sitä seurasi tehostetun palveluasumisen tuotteistus 2011–2013 (Heikkilä ym. 2013) ja viimeisenä kotihoidon tuotteistus 2013–2014 (Heikkilä ym. 2014). Kaikki kolme tuotteistusta noudattivat samaa tuotteistusprosessimallia.

Valmistelutyöt

Ensimmäiseksi kartoitettiin tuotteistamiseen osallistuvat yksiköt. Kaikki hankkeeseen osallistuvat yksiköt käyttävät RAI-järjestelmää (Resident Assessment Instrument), joka on hoidon ja palvelutarpeen standardoituun arviointiin perustuva laadun ja hoidon arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmään sisältyvät mittarit ja indikaat-

TAULUKKO 1. Asiakkaiden RAI-arviointien lukumäärät eri palvelutyypissä.

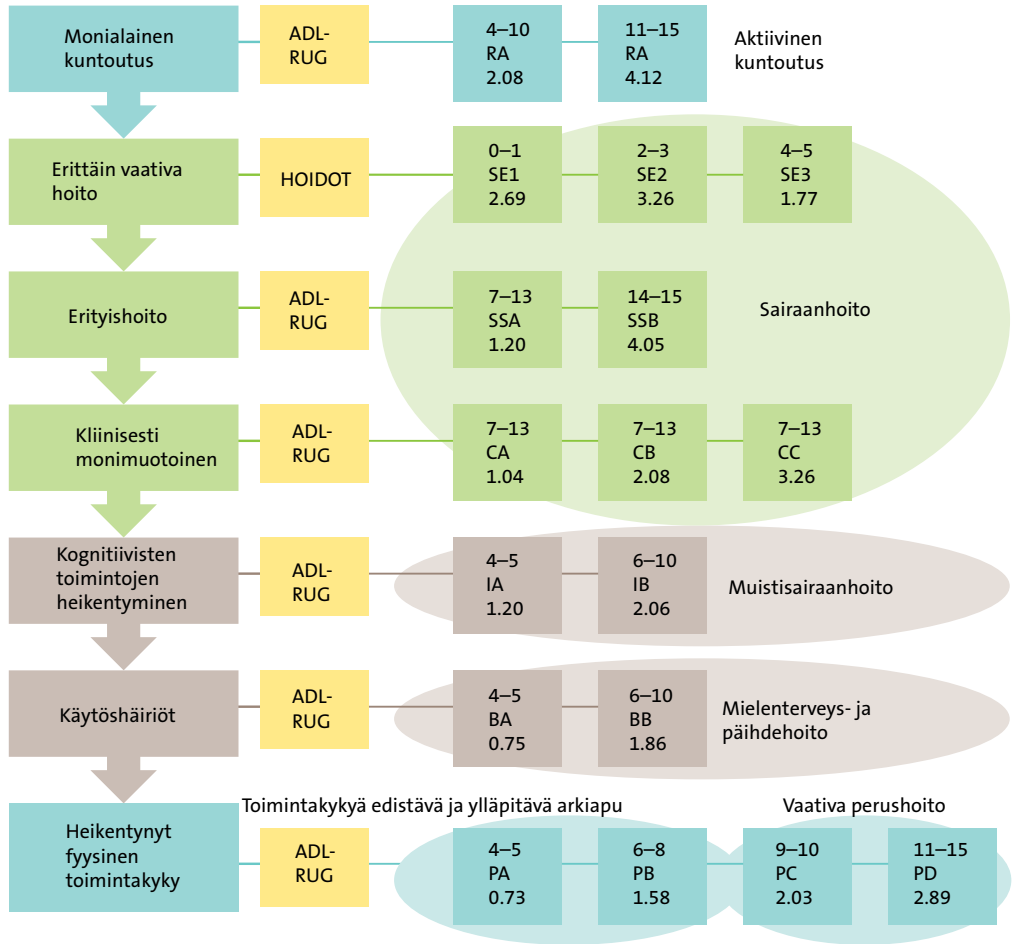
Palveluntuottaja	Asiakkaiden RAI-arvioinnit (lukumäärä)					
	2009_2	2010_1	2010_2	2011_1	2012_1	2012_2
Laitoshoido Koukkuniemen vanhainkoti, Rauhaniemen sairaala	816	847				
Tehostettu palveluasuminen Kuuselan Seniorikeskus, Lahdensivun koti, Petsamokoti, Petäjäkotikeskus, Koukkuniemen vanhainkodin pilottiasotot			202	201		
Kotihoito Tampereen kaupungin kotihoito, ostopalvelu Pihlajalinna					1 678	1 840

torit on osoitettu kansainvälisesti päteviksi ja luotettaviksi. (Morris ym. 1996, Sgadari ym. 1997, Hirdes ym. 2008.) RAI on ensisijaisesti kehitetty asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisen apuvälineeksi, mutta sitä voidaan hyödyntää myös laadunseurannassa, hinnoittelussa ja sopimusohjauksessa. Koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaan RAI-arviointi tehdään aina hoitosuhteen alkaessa ja tämän jälkeen vähintään puolivuositain (Morris ym. 1990, Hawes ym. 1997.) Taulukossa 1 on kuvattu tuotteistukseen osallistuvien yksiköiden asiakasmäärät eri palvelutyypissä.

Aineistona käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI-tietokantaa. Tilastolliset analyysit tehtiin käyttäen suoria jakaumia, keskiarvoja ja ristiintaulukointia. Laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen tuotteistuksen lähtökohdaksi valittiin RAI-järjestelmään sisältyvä RUG-III LTC/34 -luokitus (Björkgren ym. 1998) ja kotihoitoon RUG-III/18-luokitus (Heikkilä ym. 2012). Näille RUG-luokitusversioille on laskettu valtakunnalliset kustannuspainot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sai validoitua RUG-III/18-luokituksen laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen tuotteistusten valmistumisen jälkeen. Yksiportaiseksi muuttumassa oleva palvelurakenne ja palveluketjussa edestakaisin siirtyvien asiakkaiden lisääntyminen edellyttävät näiltä luokituksilta kykyä tarkastella useita palvelutyyppisiä samanaikaisesti ja tähän tarkoitukseen soveltuu RUG-III/18-luokitus.

Tuotteiden muodostaminen

Palvelutuotteet pohjautuvat RUG-luokituksiin. Kuviossa 1 on esitetty RUG-III/18-luokitukseen pohjautuvat palvelutuotteet. Taulukossa 2 on esitetty, miten kuusi palvelutuotetta on muodostettu asiakasrakenneluokitusten pohjalle ja taulukossa 3 asiakkaiden jakaantuminen kuuteen palvelutuotteeseen eri palvelutyypeissä. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista yli puolet oli palvelutuotteessa *Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu*. Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaista melkein 40 % oli palvelutuotteessa *Vaativa perushoito*. Palvelutuotteessa Aktiivinen kuntoutus oli kaikissa palvelutyypeissä pääsääntöisesti vähän asiakkaita.



KUVIO 1. RUG-III/18-luokitukseen pohjautuvat kuusi palvelutuotetta.

TAULUKKO 2. Palvelutuotteet

Palvelutuotteet	Säännöllinen kotihoito RUG-III/18 alaryhmät	Tehostettu palveluasuminen ja laitoshihoito RUG-III LTC/34 alaryhmät
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	PA, PB	PA ₁ , PA ₂ , PB ₁ , PB ₂ , PC ₁ , PC ₂
Mielenterveys- ja päihdehoito	BA, BB	BA ₁ , BA ₂ , BB ₁ , BB ₂
Muistisairaanhoito	IA, IB	IA ₁ , IA ₂ , IB ₁ , IB ₂
Vaativa perushoito	PC, PD	PD ₁ , PD ₂ , PE ₁ , PE ₂
Sairaanhoito	SE ₁ , SE ₂ , SE ₃ , SSA, SSB, CA, CB, CC	SE ₁ , SE ₂ , SE ₃ , SSA, SSB, SSC, CA ₁ , CA ₂ , CB ₁ , CB ₂ , CC ₁ , CC ₂
Aktiivnen kuntoutus	RA, RB	RAA, RAB, RAC, RAD

TAULUKKO 3. Asiakkaat palvelutuotteissa eri palvelutyypeissä eri ajanjaksoina, %

Palvelutuotteet	Asiakkaat palvelutuotteissa (%)					
	Kotihoito		Tehostettu palveluasuminen		Laitoshoido	
	2012_1	2012_2	2010_2	2011_1	2009_2	2010_1
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	58	58	14	11	10	8
Mielenterveys- ja päihdehoito	7	8	4	2	3	4
Muistisairaanhoito	18	17	22	24	16	17
Vaativa perushoito	1	1	38	41	36	35
Sairaanhoito	15	15	18	18	31	29
Aktiivnen kuntoutus	1	1	4	4	4	7

Eri palvelutyypeissä asiakkaiden keskimääräisissä hoitoajoissa palvelutuotteissa oli eroja (taulukko 4). Mielenkiintoinen havainto on esimerkiksi se, että eri RUG-tuotteissa asiakkaiden hoitoajoissa ei kotihoidon osalta ole suurta vaihtelua. Tehostetussa palveluasumisessa pisin asiakkaan hoitoaika on tuotteessa sairaanhoito, keskimäärin 4,4 vuotta. Laitoshoidossa lyhyin hoitoaika on selvästi aktiivisessa kuntoutuksessa. Huomionarvoista on se, että sama asiakas voi olla ensin esimerkiksi tuotteessa aktiivinen kuntoutus ja siirtyä hoidontarpeen muuttuessa vaikkapa sairaanhoidon tuotteeseen. Keskimäärin pisimmät hoitoajat ovat tehostetussa palveluasumisessa ja lyhyimmät kotihoidossa.

Palvelutuotekuvaukset

Laitoshoidon palvelutuotekuvaukset valmistuivat ensin ja niitä hyödynnettiin tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon palvelutuotekuvauksissa. Taulukossa 5 on esitetty kotihoidon palvelutuotekuvaukset, jotka muodostuivat peruspalvelusta ja kuudesta ydinpalvelusta.

TAULUKKO 4. Asiakkaiden hoitoaika keskimäärin vuosina (ka) palvelutuotteissa eri palvelutyypeissä

Palvelutuotteet	Kotihoito	Tehostettu palveluasuminen	Laitoshoido
	2012_1 ka n=1 678	2010_2 ka n=202	2009_2 ka n=816
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	2,6	3,3	3,3
Mielenterveys- ja päihdehoito	2,3	2,6	2,9
Muistisairaanhoito	3,1	2,9	2,7
Vaativa perushoito	2,3	3,8	3,9
Sairaanhoito	3,2	4,4	3,3
Aktiivnen kuntoutus	2,2	2,4	0,7

TAULUKKO 5. Palvelutuotekuvaukset

PERUSPALVELU: Toiminnan lähtökohtana on kuntoutumista edistävä työskentelytapa. Asiakasta tuetaan arjessa selviytymisessä ja huomioidaan mm ravitsemus ja suunhoito. Asiakkaan ja omaisen/läheisen kanssa yhdessä suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan asiakkaan palvelut. Huomioidaan kodin turvallisuus, tapaturmariskit ja niiden ennaltaehkäisy sekä apuvälineet ja palo-turvallisuus (yhteistyö palolaitoksen kanssa), asunnon muutostyöt.

KUUSI YDINPALVELUA

”Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu

Asiakkaan ensisijainen tarve on yksilöllinen apu arjessa selviytymisessä. Tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn koheneminen tai ennallaan pysyminen.”

Fyysinen toimintakyky: Rohkaistaan ja kannustetaan asiakasta arkiaskareisiin, arkiliikkumiseen, ulkoiluun, erilaisiin liikunta-palveluihin.

Kognitiivinen toimintakyky: Ohjataan ja tuetaan asiakasta raha-asioiden hoitamisessa, lääkityksessä.

Psyykkinen toimintakyky: Huomioidaan asiakkaan psyykkinen hyvinvointi.

Sosiaalinen toimintakyky: Rohkaistaan ja kannustetaan asiakasta osallistumaan erilaisiin ryhmiin ja tapahtumiin

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITO

Asiakkaan ensisijainen tarve on psykososiaalinen tuki hyvän arjen ylläpitämiseksi. Huomioidaan asiakkaan itsemääräämisoikeus, arvomaailma, voimavarat ja elämäntapa

Psyykkinen toimintakyky: Tuetaan asiakkaan henkistä kuntoa ja vireyttä, päihitteettömyyttä tai päihteiden käytön vähentämistä

Sosiaalinen toimintakyky: Tuetaan asiakkaan osallistumista yhteisöllisiin toimintoihin, taloudellisen tilanteen kartoitus

Kognitiivinen toimintakyky: Ohjataan ja tuetaan asiakasta arjen hallinnassa mm raha-asioiden hoitamisessa

Fyysinen toimintakyky: Tuetaan asiakasta omatoimisuudessa, ravitsemuksessa, lääkkehoidossa

Asiakkaan kotiympäristön huomioiminen. Asiakkaalla tarvittaessa edunvalvoja ja välitystili.

MUISTISAIRAANHOITO

Asiakkaan ensisijainen tarve on jatkaa arkea turvallisesti omassa kodissaan. Huomioidaan asiakkaan elämäntapa ja elämänhistoria.

Kognitiivinen toimintakyky: Tuetaan ja ylläpidetään asiakkaan vuorovaikutustaitoja, kognitiivista toimintakykyä muisti-kuntoutuksen avulla

Psyykkinen toimintakyky: Huomioidaan asiakkaan mieliala ja käytösoireet

Sosiaalinen toimintakyky: Kannustetaan ja tuetaan asiakasta osallistumaan erilaisiin harrasteisiin, tilaisuuksiin ja ryhmätoimintaan.

Fyysinen toimintakyky: Ohjataan ja tuetaan asiakasta päivittäisissä toimissa ja ravitsemuksessa sekä erilaisiin liikunta-palveluihin osallistumisessa.

Huomioidaan asiakkaan turvallinen kotiympäristö, lääkkehoidon toteuttaminen ja terveydentilan seuranta ja arviointi.

Tiedon antaminen asiakkaan omaisille/läheisille ja heidän tukemisensa.

VAATIVA PERUSHOITO

Asiakkaan ensisijainen tarve on elää hyvää ja mielekästä arkea kodissaan. Huomioidaan asiakkaan tavat ja tottumukset, yksilölliset tarpeet, arvot ja itsemääräämisoikeus.

Fyysinen toimintakyky: Tuetaan ja autetaan asiakkaan jäljellä olevissa toimintakyvyissä, ravitsemuksessa, erityistoiminnan seuraamisessa.

Kognitiivinen toimintakyky: Huomioidaan asiakkaan toiveet, koska hänellä voi olla vaikeuksia ilmaista itseään

Psyykkinen toimintakyky: Huomioidaan asiakkaan mieliala, kipu, turvallisuuden tunteen kokemus, osallisuus oman elämän hallinnassa.

Sosiaalinen toimintakyky: Tuetaan ja autetaan asiakasta osallistumaan luovia menetelmiä käyttävään viriketoimintaan, sosiaalisten kontaktien säilymisessä

Huomioidaan asiakkaan lääke- ja sairauksien hoito ja lisäongelmien ehkäisy sekä omaisten/läheisten jaksaminen

SAIRAANHOITO

Asiakkaan ensisijainen tarve on sairauden oireiden hoito ja seuranta. Tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman itsenäinen selviytyminen.

Fyysinen toimintakyky: Tuetaan ja autetaan asiakasta päivittäisissä toimissa, ravitsemuksessa, lääke- ja sairauden hoidossa ja lisäongelmien ehkäisyssä.

Kognitiivinen toimintakyky: Tuetaan asiakasta sairauden hoitoon liittyvässä päätöksenteossa

Psyykkinen toimintakyky: Huomioidaan asiakkaan kipu, mieliala, kokemus terveydentilastaan.

Sosiaalinen toimintakyky: Tuetaan ja kannustetaan asiakasta osallistumaan luovia menetelmiä käyttävään kuntoutukseen/viriketoimintaan

Huomioidaan kotiympäristö ja hoitotarvikkeiden hankinta. Saumaton hoitoketju.

AKTIIVINEN KUNTOUTUS

Asiakkaan ensisijainen tarve on kuntoutuminen. Tavoitteena on asiakkaan heikentyneen toimintakyvyn kohentuminen tai heikentymisen hidastaminen

Fyysinen toimintakyky: Motivoidaan ja tuetaan asiakasta päivittäisissä toiminnoissa, ravitsemuksessa

Kognitiivinen toimintakyky: Motivoidaan ja tuetaan asiakasta kuntoutuksessa. Asiakas tarvitsee eri ammattiryhmien ohjausta ja tukea kuntoutumiseen.

Psyykkinen toimintakyky: Huomioidaan asiakkaan kipu, terveydentila, mieliala

Sosiaalinen toimintakyky: Kannustetaan ja tuetaan asiakasta erilaisiin ryhmätoimintoihin, harrasteisiin ja tilaisuuksiin sekä kulttuuri- ja kirjastoharrasteisiin

Kotiympäristön arviointi ja omaisten/läheisten motivointi mukaan asiakkaan kuntoutumiseen

Palvelutuotteiden hinnoittelu

Hinnoittelun pohjana oli asiakasryhmä. Kustannuspaino on suhdeluku ja kuvaa sitä, kuinka paljon taloudellisia hoitohenkilöresursseja tiettyyn RUG-palvelutuotteeseen kuuluva asiakas käyttää suhteessa keskivertoasiakkaaseen (kustannuspaino on 1). Palvelutuotekohtaiset kustannuspainot kuvaavat palvelutuotteiden välistä eroa asiakasrakenteessa. Taulukossa 6 on esitetty palvelutuotteiden kustannuspainot eri palvelutyypeissä. Laitoshoidossa laskettiin kustannuspainot tutkimusaineistosta erikseen vanhainkotihoitoon ja sairaalahoitoon. Tehostetun palveluasumisen aineiston asiakkaiden RAI-arviointien määrä oli pieni ja siksi kustannuspainot ovat kansalliset tehostetun palveluasumisen kustannuspainot. Huomioitavaa on, etteivät kotihoidon ja muiden palvelutyyppeiden kustannuspainot ole vertailukelpoisia keskenään, koska kotihoidon RUG-tuotteistuksen pohjana on käytetty eri RUG-luokitusversiota. Tämä on merkittävä haaste. Tosin mahdollista on jatkossa käyttää kaikkien eri palvelutyyppeiden pohjana samaista RUG-III/18-luokitusta, mikä mahdollistaisi myös kustannuspainojen vertailun.

Palvelutoiminnan tuotosta määriteltiin hoitovuorokautena ja kotihoidossa hoitopäivänä, jonka kustannus muodostui kahdesta kustannuskomponentista: vakioidusta kustannuksesta ja kiinteästä kustannuksesta. RUG-vakioituun kustannukseen laskettiin ainoastaan hoidon ja huolenpidon kustannus (hoitohenkilökunnan henkilöstökulut, kotihoidon hoitopäivän kustannuksissa ei ole huomioitu yöhoitoa). Kiinteä kustannus muodostui muista kustannuksista (muut henkilöstömenot, palvelujen ostot, aineet ja tarvikkeet, vuokrat, pääomakustannukset, hallinto, tukipalvelut). Yhdistämällä nämä kaksi kustannuskomponenttia saadaan hoitopäivän kokonaiskustannus (Björkgren 2011.) Taulukossa 7 on esitetty hintataulukot, jotka kuvaavat hoitopäivän hintaa eri palvelutuotteissa.

TAULUKKO 6. Palvelutuotteiden kustannuspainot eri palvelutyypeissä

	Kustannuspaino (CMI)			
	Säännöllinen kotihoito	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkotihoito	Sairaalahoito
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	0,76	0,59	0,69	0,61
Mielenterveys- ja päihdehoito	0,77	0,67	0,73	0,71
Muistisairaanhoito	1,29	0,79	0,85	0,79
Vaativa perushoito	2,74	1,07	1,09	1,10
Sairaanhoito	1,42	1,09	1,11	1,09
Aktiivinen kuntoutus	2,08	1,09	1,24	1,14

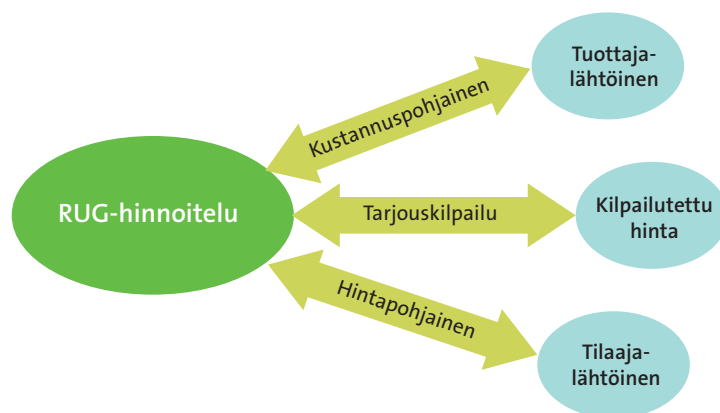
TAULUKKO 7. Palvelutuotteiden hintataulukko eri palvelutyypeissä

	RUG-vakioitu hoitopäivän hinta (€)				Kiinteä hoitopäivän hinta (€)				Hoitopäivän hinta yhteensä (€)			
	Sään- nöllinen kotihoi- to	Tehos- tettu palvelu- asumi- nen	Van- hain- kotihoi- to	Sairaa- lahoito	Sään- nöllinen kotihoi- to	Tehos- tettu palvelu- asumi- nen	Van- hain- kotihoi- to	Sairaa- lahoito	Sään- nöllinen kotihoi- to	Tehos- tettu palvelu- asumi- nen	Van- hainko- tihoito	Sairaa- lahoito
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	20,18	50,50	65,67	74,46	7,54	32,44	79,25	75,32	27,72	82,94	144,93	147,79
Mielen-terveys- ja päihdehoito	20,44	57,35	69,57	84,86	7,54	32,44	79,25	75,32	27,98	89,79	148,82	160,18
Muisti-sairaanhoito	32,25	67,62	80,59	94,63	7,54	32,44	79,25	75,32	41,79	100,06	159,85	169,95
Vaativa perushoito	72,75	91,58	103,69	130,62	7,54	32,44	79,25	75,32	80,29	124,02	182,95	205,95
Sairaanhoito	37,70	93,29	105,70	129,91	7,54	32,44	79,25	75,32	45,24	125,73	184,56	205,23
Aktiivinen kuntoutus	55,22	93,29	117,56	136,22	7,54	32,44	79,25	75,32	62,76	125,73	196,82	211,55

RUG-palvelutuotteiden maksujärjestelmä

RUG hinnoittelua voidaan hyödyntää kustannusten vertailussa palveluyksiköiden välillä. Mikäli järjestelmää hyödynnetään tuottajan ja tilaajan välisessä laskutuksessa puhutaan maksujärjestelmästä. RUG-pohjainen laskutus on taloudellisten resurssien ohjausväline ja tästä johtuen sen kehittäminen on enemmän poliittinen kuin tieteellinen kysymys. RUG-palvelutuotteiden laskutuksessa ydin on hinnoittelumenetelmä. Palvelutuotteiden hinnoittelun jälkeen pohdittiin, mikä hinnoittelumalleista otetaan käyttöön (Kuvio 2).

Sisäisessä laskutuksessa RUG-maksujärjestelmämalli on yleensä nk. kustannuspohjainen malli. Kustannuspohjaisesta maksujärjestelmästä puhutaan silloin, kun hoidon korvaus lasketaan palvelutuottajan omista todellisista kustannuksista. Käytännössä jo-



KUVIO 2. RUG-hinnoittelumallit.

kaisella palveluntuottajalle lasketaan oma tuottajapohjainen hintataulukko. Kustannuspohjaisessa maksujärjestelmässä hinnoitteluperuste on kaikille tuottajille sama, mutta korvaushinnat voivat vaihdella palvelutuottajien välillä. Kustannuspohjaisessa maksujärjestelmässä kustannuslaskentaa ei tarvitse tehdä vuosittain. Esimerkiksi laitoshoidon kustannuspohjaisissa RUG-maksujärjestelmissä on usein toimittu siten, että kerran lasketut kustannuskomponentit tarkistetaan vuosittain inflaatiokehityksellä tai muilla sovituilla neuvotteluilla. Kustannuspohjainen hinnoittelumalli on luonteva alku RUG-maksujärjestelmän kehittämiseksi. Jos RUG-luokituksen käyttö rajoitetaan sisäiseen laskutukseen, niin kustannuspohjainen malli on luonnollinen maksujärjestelmä. Laitoshoidon ja kotihoidon RUG-tuotteistushankkeessa päädyttiin kustannuspohjaiseen hinnoittelumalliin.

Tarjouskilpailussa tilaaja voi pyytää tuottajilta tarjouksen esimerkiksi RUG-hintataulukon tai RUG-hintakomponenttien muodossa. RUG-hinnoittelussa on yleensä kyse kahdesta hintakomponentista. Tarjouspyyntö voi liittyä molempiin RUG-hintakomponentteihin tai ainoastaan toiseen niistä. Asettamalla RUG-vakioidun hinnan itse, kunta pystyy tilaajana ohjaamaan hintakomponenttia, joka vaikuttaa henkilöstömitoitukseen. Tilaajana kunnalla on myös intressi huolehtia laatusuositukseen pohjautuvista henkilöstömitoituksista. Tuottajan ja tilaajan näkökulmasta yhdistelmämalli on kilpailutuksen kannalta varsin yksinkertainen. Laskutusta toteutetaan toteutuneen hoidon ja asiakasrakenteen mukaan. Mikäli maksujärjestelmässä käytetään edellisvuoden toteutunutta asiakasrakennetta, voidaan etukäteen sopia vuosikorvauksesta. Toinen vaihtoehto on reaalitylaskutus esim. kuukausittain toteutunut hoito sovitun RUG-hintataulukon mukaisesti. Tampereella tehostetussa palveluasumisessa päädyttiin kokeilemaan hinnoittelumallia, joka on yhdistelmä hinta- ja kustannuspohjaisesta mallista. Tässä mallissa tilaaja määrittelee RUG-vakioidun hinnan ja kiinteä hinta määräytyy tuottajakohtaisen sopimusneuvottelun tai kilpailutuksen avulla.

Yksinkertaisin tapa hyödyntää RUG-luokitusta kotihoidon palvelusetelipalveluisa on käyttää sitä pohjana palvelusetelien määrän sopimiseen (tasasuuruiset palvelusetelit). Silloin palveluja ei hinnoitella RUG-luokituksen mukaan, vaan asiakasrakennetietoja käytetään ainoastaan setelien määrän sopimiseen. Tampereen oman tuotannon kotihoidossa kotihoidon käyntikustannus oli 32,25 euroa ja se vastasi noin puolen tunnin kotipalvelua. Kotihoidon palvelusetelijärjestelmässä RUG-luokitusta voitaisiin hyödyntää esimerkiksi siten, että porrastettaisiin asiakkaiden setelimäärä suhteessa hoitoisuuteen. RUG-palvelusetelijärjestelmässä asiakas, jonka hoitoisuus on korkeampi, saa enemmän tasasuuruisia palvelusetelitä. Jos palvelusetelijärjestelmä on suunniteltu siten, niin kuin kunnissa yleensä, ettei se kata kaikkia kustannuksia vaan asiakkaalle jää myös omavastuu, niin tässä maksujärjestelmässä on myös hintakilpailua tuottajien välillä. Mikäli palveluseteli kattaa kaikki hoidon kustannukset, palveluntuottajat kilpailevat ainoastaan laadun tai muiden vastaavien kriteerien avulla.

Pohdinta

Tampereen kaupungin tavoitteena on soveltaa palvelujen järjestämisessä tulospereus- teisuutta, jossa peruseriaatteena on, että hankinnan kohde määrittyy tavoiteltavien tulosten kautta, jolloin tuottajille jää enemmän vapautta määritellä palvelut ja toimen- piteet, joilla tulokseen päästään. Tilaaaja voi tehdä sopimuksen useamman tuottajan kanssa tulokseen pääsemiseksi, jolloin tilaaaja neuvottelee jokaisen tuottajan kanssa, miltä osin kukin tuottaja pystyy vastaamaan tulokseen pääsemisestä. Tulospereusteises- sa hankinnassa haasteena kuitenkin on se, miten tuloksellisuutta mitataan. RAI-arvi- ointijärjestelmä ja RUG-tuotteet voivat omalta osaltaan helpottaa mittaamisen ongel- maa. RUG-tuotteistus kertoo tilaajalle asiakasrakenteen ja toimintakyvyn muutokset, mutta tavoitteita se ei itsestään aseta. RUG-hinnoittelun tavoite on antaa kaikille pal- veluntuottajille yhteneväiset hoitoisuuteen suhteutetut korvaukset hoidon tuottami- seen. Palvelujärjestelmään kuuluville palveluntuottajille annetaan ikään kuin samat perusedellytykset tuottaa palveluja. Tässä pyritään myös tiettyyn oikeudenmukaisuus- teen taloudellisten voimavarojen ohjauksessa, ei ainoastaan tuottajan vaan myös asi- akkaan näkökulmasta. Tarvelähtöisyys on RAI-arviointijärjestelmän ja RUG-tuotteis- tuksen perustana; tarve- ja asiakaslähtöisyys korostuu myös tulos- ja arvopereusteisessä hankinnassa.

Tilaaaja hakee RUG-tuotteistuksesta tietoa ja välinettä palvelujen hankintaan, so- pimusohjaukseen, johtamiseen ja siihen, kuinka palveluketjut toimisivat mahdol- lisimman sujuvasti sekä tätä kautta myös uudenlaista välinettä asiakasohjaukseen. Kotihoidon RUG-tuotteistuksen valmistuttua Tampereella on keskeisimmät ikäih- misten palvelut tuotteistettu RAI-arviointijärjestelmän pohjalta, mikä avanee uu- sia mahdollisuuksia ikäihmisten palvelujen järjestämisen strategiseen johtamiseen. Sairaalahoidon osalta on kuitenkin todettava, että tehty RUG-tuotteistus soveltuu ai- noastaan pitkäaikaiseen sairaalahoitoon, ei lyhytaikaiseen sairaalahoitoon.

Haasteita Tampereella on ollut RUG-tuotteistukseen liittyen eri tietojärjestelmi- en rajapinnoissa ja RUG-tuotteiden reaaliaikaisessa seurannassa ja käytössä. Epäily- tä RUG-tuotteistuksen käytettävyyteen tuo muun muassa se, että kustannuspainojen pohjana käytetyt aikamittaukset alkavat olla vanhoja – ne täytyisi tehdä uudestaan. Yksi tarve on saada kansainvälisiä kustannuspainoja esimerkiksi EU-maille, joka mahdollistaisi palvelujen vertailua näiden maiden välillä. Toinen haaste on, että täl- lä hetkellä asiakasohjauksessa ei käytetä juurikaan RUG-tuotteistusta. Asiakkaan ja omaisten toiveet pyritään huomioimaan mahdollisuuksien mukaan (mm. yksikön si- jainti, tilat, toimintaperiaatteet, ideologia, erityistarpeet, mikä vaikuttaa osaltaan asi- akkaan sijoitukseen). Jatkossa kotihoidon tuotteistuksen valmistuttua, ajankohtaista on selvittää ja kehittää palvelutuotteiden hyödyntämistä asiakkaiden ohjauksessa ym- päri vuorokautiseen hoitoon sekä ikäihmisten palvelujen asiakasohjauksen (IKI-SAS) että palveluntuottajien näkökulmasta. RUG-tuotteet kertovat asiakasrakenteen ja sitä myöten kuvaavat myös sitä, ovatko asiakkaat palvelutarpeensa mukaisissa palveluissa.

Tampereen kaupunki on mukana kuntakokeiluhankkeessa muun muassa valvon- nan teemalla. Kuntakokeiluhankkeessa hyödynnetään RAI-arviointijärjestelmää ja sii- hen pohjautuvaa vanhuspalvelujen RUG-tuotteistusta sopimuseurannan ja valvon-

nan välineinä. Yksi hankkeessa kokeiltava asia on henkilöstömitoitusten liittäminen kuuteen eri RUG-tuotteeseen tehostetussa palveluasumisessa, jolloin henkilöstömitoitust vastaisi potentiaalisesti tarkemmin asiakkaan palvelutarpeeseen, kun se määritellään tuotetasolla eikä yksikkötasolla.

Myös sote-uudistuksen myötä on odotettavissa, että sopimusohjauksen tarve lisääntyy Suomessa ja tähän tarpeeseen tarvitaan yhtenäisiä järjestelmiä, joiden avulla toimintaa voidaan vertailla ja hinnoitella yhdenmukaisesti.

LÄHTEET

- Björkgren M. (2002). Case-mix classification and efficiency measurement in long-term care of the elderly. *Stakes*
- Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H. (1998). Pitkäaikaishoidon voimavaratarve RUG-luokituksella. *Stakes. Aiheita*, Helsinki.
- Björkgren M. (2011) Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotteistuksen ohjausryhmän kokous 30.5.2011.
- Julkaisematon materiaali.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E (1994) Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care*. 1994 Jul;32(7):668-85.
- Hawes C, Morris J.N, Phillips C.D, Murphy K & Mor V. 1997. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument (RAI) in the U.S. *Age and Ageing* 26: 19-25.
- Heikkilä R, Tirronen A, Viitanen B, Salonen A-M, Björkgren M, Noro A, Asikainen J, Sakki J, Mäkelä M, Finne-Soveri H (2013) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tehostettu palveluasuminen Tampereella. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 20/2013*, 49 sivua. Tampere 2013. ISBN 978-952-302-003-0 (painettu), ISBN 978-952-302-004-7 (verkkojulkaisu).
- Heikkilä R, Noro A, Asikainen J, Björkgren M, Nieminen J, Tirronen A, Suojalehto E, Ripsaluoma J, Lumio J, Pulli M, Majanmaa L, Finne-Soveri H (2013) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tampereen kaupungin laitoshoidon. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2013*, 54 sivua. Tampere 2013. ISBN 978-952-245-843-3 (painettu), ISBN 978-952-245-849-0 (verkkojulkaisu).
- Heikkilä R, Björkgren M, Vesa M, Viitanen B, Laine A, Taimi K, Noro A, Mäkelä M, Asikainen J, Sohlman B, Hammar T, Mäkinen I, Andreassen P, Finne-Soveri H. 2014. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla. Kotihoito Tampereella. *Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 27/2014*, 53 sivua. Tampere 2014. ISBN 978-952-302-308-6 (painettu), ISBN 978-952-302-309-3 (verkkojulkaisu).
- Heikkilä R, Gerasin A, Sakki J, Nieminen J, Björkgren M, Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H. (2012) Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen. Yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 58/2012*, 46 sivua. Tampere 2012. ISBN 978-952-245-729-5 (painettu), ISBN 978-952-245-730-1 (verkkojulkaisu).
- Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N (2008) The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine* 6:9 doi: 10.1186/1741-7015-6-9.
- Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Miettinen S, Lehto J. 2012. Sitä saa mitä tilaa. Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki*, sivut 56-74.
- Linna M & Junnila M. Sitä saa mitä tilaa. Seurantamittarit ja tuotteistus tilaajatoimintojen johtamiseksi. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki*, sivut 136-148.
- Long, Alan (2009): We must think long term. *Community Care* 9/24/2009, Issue 1788, 6.
- Morris J.N, Hawes C, Fries B.E ym. 1990. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *Gerontologist*, 30(3):293-307.
- Morris JN, Fries BE, Carpenter GI, Bernabei R (1996) The RAI-HC assessment tool: an international reliability trial. *The Gerontologist* 36 (S1): 291.
- Sgadari A, Morris JN, Fries BE, Ljunggren G, Jonsson P, DuPasquier JN, Scroll M (1997) Efforts to Establish the Reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing* 26, suppl 2: S27-S30.
- Stenvall, J & Airaksinen, J (2009): Manse mallillaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. *Acta nro 211*. Helsinki: Tampereen kaupunki & Suomen Kuntaliitto.
- Virtanen P, Stenvall J. 2010. Julkinen johtaminen. *Tietosanoma Oy, Tallinna*.

Vuodeosastoista aktiiviseen asumiseen

Pia Vähäkangas & Katriina Niemelä

Taustaa

Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevien kansallisten linjausten keskeisenä suuntauksena on edistää kotona asumista tukevia ratkaisuja ja vähentää pitkäaikaista laitoshoidoa etenkin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä lisätä väestön aktiivista osallistumista omaa terveyttä ja hyvinvointiaan koskevissa asioissa. Heinäkuussa vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli vanhuspalvelulaki antaa suunnan myös kuntoutumista edistävälle toiminnalle. Tavoitteena on muokata palvelurakenteita siten, että iäkkäiden henkilöiden pitkäaikainen hoito ja huolenpito voitaisiin toteuttaa pääosin kotona tai kodinomaaisessa asuinympäristössä. Myös ikääntyneiden palvelun laatuun kohdentuva laatusuositus (STM 2013) nostaa esille ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisen ja korostaa kuntoutumista edistävän toiminnan merkitystä koko palvelu- ja hoitoketjussa.

Yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin perustuva hoito- ja palvelukokonaisuus on suunniteltava vastaamaan ikääntyneen henkilön tarpeita ja edistämään hänen kuntoutumistaan. Henkilön on voitava itse vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja toteuttamistapaan. Tehostetun palveluasuminen tulee tukea kodinomaista asumista ja aktiivisuutta. Laitoshoidoa tulee vähentää ja sairaalasta kotiutumista edistää. Kaikilla palvelu- ja hoitoketjun tasoilla ja vaiheissa tulee panostaa kuntoutumismahdollisuuden tunnistamiseen ja kuntoutumisen edistämiseen. Edellä mainittujen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää palveluiden piirissä olevien asiakkaiden kuntoutumistarpeen tunnistamista ja määrittelyä sekä riittävää, osaavaa ja tarkoituksenmukaista henkilöstöresurssien käyttöä. Lähijohtaja on yksikötasolla vastuussa henkilöstöresurssien käytännön ohjauksesta, henkilöstön rekrytoinnista, osaamisen kehittämisestä ja hyvinvoinnista. (Laki 980/2012, Laatusuositukses 2013, Noro & Alastalo, Vähäkangas ym. 2012, Vähäkangas & Niemelä 2013). Laatusuosituksissa (STM 2013) nostetaan esille myös henkilöstömitoituksen, – osaamisen ja asiakasrakenteen yhteys. Kuntoutumista edistävien toimintamallien toteuttamiseksi ja ikääntyneen henkilön kuntoutumisen edistämiseksi tarvitaan tietoa asiakasrakenteen yhteydestä henkilöstöresursseihin ja kuntoutumiseen liittyvistä hyvistä käytännöistä. Kustannusvaikuttavasti toteutettavan henkilöstöresurssien ohjauksen tueksi tarvitaan tietoa myös hoidon tuloksista ja niiden yhteydestä henkilöstömitoitukseen.

Ikääntyneen henkilön kuntoutuminen on monimuotoinen ja -alainen prosessi, jonka perustana on aina toimintakyvyn, suoriutumisen ja kuntoutumismahdollisuuden moniammatillinen arviointi, tavoitteellinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, yksilöllinen harjoitteluohjelma ja systemaattinen hoidon tulosten arviointi. Lisäksi keskeistä on henkilön aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa. Kyseisen prosessin toteuttaminen edellyttää asiakastason tunnuslukuja ja mittareita, joiden perusteel-

la henkilön kuntoutumista voidaan seurata ja arvioida suhteessa laadittuun kuntoutumissuunnitelmaan. Yksikkö- ja organisaatiotasolla on oleellista seurata ja arvioida kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia etenkin käytössä olevien resurssien ja asiakasrakenteen näkökulmasta. Useassa kunnassa jo käytössä olevaa Resident Assessment Instrument (RAI)- järjestelmää on mahdollista hyödyntää sekä asiakastasolla kuntoutumisen tulosten arvioinnissa että yksikkö- ja organisaatiotasolla kuntoutumista edistävän toiminnan kokonaisarvioinnissa.

Artikkelin tarkoitus ja tavoitteet

Tässä artikkelissa nostetaan esille muutamia ympärivuorokautisen hoidon kuntoutumista edistävään toimintaan liittyviä keskeisiä kysymyksiä palvelun tuottajan näkökulmasta. Vanhuspalvelua koskevat rakennemuutokset tulevat todennäköisesti vaikuttamaan lähivuosina siihen, että palveluasumiseen on kohdennettava sairaanhoidollisen, kuntoutuksellisen ja lääketieteellisen osaamisen lisävoimavaroja asiakasrakenteen muuttuessa vaativammaksi. (vrt. Finne-Soveri ym. 2014). Toisaalta on tietoisesti panostettava myös kuntoutumista edistävän toiminnan sisällölliseen kehittämiseen (Vähäkangas ym. 2012). Palvelun tuottajan haasteet liittyvät erityisesti aktiivisesta kuntoutuksesta hyötyvien asiakkaiden tunnistamiseen, moniammatillisten toimintamallien ja johtamisosaamisen kehittämiseen. Tällöin on tärkeää hakea vastauksia muun muassa seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia asiakasryhmiä ympärivuorokautisessa hoidossa on tunnistettavissa ja keitä ovat ne henkilöt, jotka hyötyvät yksilöllisestä harjoittelusta ja kuntoutuksesta?
- Miten kuntoutumista edistävät käytännöt näkyvät arjen toiminnassa ja millä perusteella entisestään niukkenevia henkilöstöresursseja kohdennetaan?
- Miten aktiivinen arki toteutuu ympärivuorokautisessa hoidossa?

Tässä artikkelissa haetaan vastauksia edellä esitettyihin kysymyksiin hyödyntämällä Resident Assessment Instrument (RAI) järjestelmän tuottamaa tietoa ympärivuorokautisen (tehostettu palveluasuminen ja vanhainkoti) hoidon asiakasrakenteesta, kuntoutumista edistävästä hoitajan toiminnasta ja eräistä kliinisen hoidon laadun tuloksista. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on ikääntyneiden henkilöiden kuntoutumisen mahdollisuus ja sen tarkastelu suhteessa kuntoutumista edistävään hoitajan toimintaan.

Artikkelin lähtöoletuksena on, että kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan avulla voidaan parantaa hoidon kliinistä laatua (laatuindikaattorit) ja lisätä arjen aktiivisuutta tukemalla ikäihmisten toimintakyvyn paranemista/säilymistä ja ennaltaehkäisemällä toimintakyvyn huononeminen. Parantamisen edellytyksenä on, että asiakkaiden toimintakyky on arvioitu ja kuntoutumisen mahdollisuus on tunnistettu. Hoitajat voivat toiminnallaan tukea ja edesauttaa ympärivuorokautisessa hoidossa olevien kuntoutumista. Edellytyksenä kuitenkin on, että yksikön hoitokäytännöt ovat ikäihmisten kuntoutumista tukevia ja osaavaa henkilöstöä on riittävästi suhteessa asiakasrakenteeseen.

Ikääntyneiden henkilöiden kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisessa ja kuvauksessa käytetään Vähäkankaan ym. (2012) kehittämää työvälinettä *kuntoutumis- ja voimavarakartoitus*. Kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia arvioidaan RAI laatuindikaattoreiden tuottaman tiedon avulla (Zimmermann ym. 1995, Noro ym. 2005). Artikkelissa käytetty tutkimusaineisto on peräisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) RAI tietokannasta (1_2014, n= 13 665) ja se on koottu tätä artikkelia varten. Esitetyt taulukot (3) on on ryhmitelty siten, että ensimmäisessä taulukossa kuvataan asiakasrakennetta ja siihen keskeisesti liittyviä tunnuslukuja, toisessa taulukossa kuvataan kuntoutumista edistävän toiminnan kannalta merkityksellisiä tunnuslukuja ja kolmannessa taulukossa kuntoutumista edistävään toimintaan yhteydessä olevia laatuindikaattoreita.

Ikäihmisten kuntoutumisen mahdollisuus ja sen tunnistaminen

Kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen ja kuntoutuminen ovat haasteellisia ympärivuorokautisessa hoidossa, koska hoitoon ohjautuvat ikääntyneet henkilöt ovat yleensä monisairaita ja heillä on paljon erilaisia toimintakyvyn vajeita. Lisäksi kuntoutumista edistävä toiminta vaatii toteutuakseen riittävästi henkilöstöresursseja. Tutkimuksin on kuitenkin osoitettu, että yksilöllisten harjoitteluohjelmien avulla voidaan edistää ympärivuorokautisessa hoidossa olevien henkilöiden fyysistä suoriutumista (Heyn ym.2004). Näyttää on myös siitä, että säännöllinen kuntoutumista edistävä toiminta parantaa yksikkötasolla hoidon laadun tuloksia muun muassa lisäten hoidossa olevien sosiaalista osallistumista ja vähentäen vuodepotilaiden määrää (Vähäkangas ym. 2008).

Ikäihmisten kuntoutumisen mahdollisuuden arvioinnin perustana on kokonaisvaltainen ja moniammatillinen toimintakyvyn arviointi. RAI järjestelmästä saatavat tunnusluvut kuvaavat mm. kognitiota ja fyysistä suoriutumista, kipua, mielialaa, sosiaalista osallistumista ja terveydentilan vakautta/epävakautta. Myös tunnuslukuja, jotka liittyvät lääkitykseen, diagnooseihin ja toimintakyvyn muutoksiin on saatavissa järjestelmästä. Vähäkankaan ja kumppaneiden (2012) kehittämän kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen tarkoituksena on ensisijaisesti toimia hoitajien työvälineenä ikäihmisten kuntoutumismahdollisuuden arvioinnissa. Kartoitus perustuu kognitiota kuvaavan Cognitive Performance Scale (CPS 0–6) mittarin (Morris ym. 1994) ja fyysistä suoriutumista kuvaavan hierarkkisen ADL (ADLH 0–6) mittarin (Morris ym. 1999) ristiintaulukointiin ja sen pohjalta muodostettuun ryhmittelyyn. Kartoitus sisältää kolme pääluokkaa, jossa ensimmäiseen pääluokkaan sijoittuvat ne henkilöt, joilla on kognitiivista (CPS = 0–3) kapasiteettia jäljellä, mutta fyysinen suoriutuminen (ADLH = 0–5) on heikentynyt. Toiseen pääluokkaan sijoittuvat ne henkilöt, joiden kognitiivinen kyky (CPS = 4–5) on keskivaikeasti/vaikeasti heikentynyt ja fyysinen suoriutuminen (ADLH = 0–5) on heikentynyt. Kolmanteen pääluokkaan kolme sijoittuvat ne henkilöt, joiden kognitio (CPS = 5–6) ja fyysinen suoriutuminen (ADLH = 5–6) ovat erittäin paljon alentunut Pääluokat muodostuvat yhdeksästä alaluokasta, jotka ovat toisensa poissulkevia. Vakaa terveydentila (CHESS = 0–2) parantaa kuntoutumismahdollisuutta (Hirdes ym. 2003).

TAULUKKO 1. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakasrakenne kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen mukaan RAI aineistossa keväällä 2014 (n=13 665)

	Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (pääluokka 1)		Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (pääluokka 2)		Niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (pääluokka 3)	
	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit
	n 4 629	n 2 841	n 1 718	n 1 150	n 1 555	n 1 772
Asiakasrakenne	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)
Ikä, vuosina, ka	82,0 (81,7–82,3)	84,2 (83,9–84,5)	82 (81,6–82,4)	82,8 (82,3–83,4)	83,4 (83–83,9)	83,3 (82,9–83,7)
Naisia, %	69,7 (68,4–71)	70,0 (68,3–71,7)	70,5 (68,3–72,6)	66 (63,3–68,7)	78,3 (76,3–80,4)	74,2 (72,2–76,2)
Hoitoaika vuosina, ka	2,9 (2,8–3)	2,7 (2,6–2,8)	3,2 (3,1–3,4)	3,1 (2,9–3,3)	4,1 (3,9–4,2)	4,0 (3,8–4,2)
Hoitoaika alle 6 kk, %	18,3 (17,2–19,4)	23,1 (21,5–24,6)	12 (10,5–13,6)	14,6 (12,6–16,7)	5,5 (4,4–6,7)	9,4 (8,1–10,8)
Kipu (0–3), ka	0,8 (0,8–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,7)	0,7 (0,6–0,7)	0,9 (0,9–1)	0,7 (0,6–0,7)
DRS (0–14), ka	2,1 (2–2,2)	2,0 (1,9–2,1)	2,6 (2,4–2,7)	2,0 (1,9–2,2)	2,3 (2,2–2,4)	1,5 (1,4–1,6)
SES (0–6), ka	2,8 (2,8–2,9)	2,9 (2,8–2,9)	1,3 (1,2–1,3)	1,4 (1,3–1,5)	0,5 (0,4–0,5)	0,5 (0,4–0,5)
CHESS (0–2), %	87,1 (86,2–88,1)	86,3 (85,1–87,6)	76,1 (74,1–78,2)	77,3 (74,9–79,7)	65,5 (63,1–67,8)	78,8 (76,9–80,7)
CHESS (3–5), %	12,8 (11,8–13,8)	13,6 (12,4–14,9)	23,9 (21,8–25,9)	22,6 (20,2–25)	34,1 (31,7–36,4)	20,4 (18,5–22,2)
Muistisairausdiagnoosi %	60,1 (58,7–61,5)	56,1 (54,3–58)	83,8 (82–85,5)	73,3 (70,7–75,9)	84,5 (82,7–86,3)	77,8 (75,8–79,7)
Psykiatrinen dg, %	20,6 (19,4–21,8)	18,2 (16,8–19,7)	15,6 (13,9–17,3)	15,4 (13,3–17,5)	12,9 (11,3–14,6)	11,3 (9,8–12,8)
Aivohalvaus, %	13,5 (12,5–14,5)	18,8 (17,3–20,2)	9,7 (8,3–11,1)	18,0 (15,8–20,2)	13,2 (11,5–14,9)	16,4 (14,7–18,1)
ADL parantunut viimeisen 90 vrk aikana, %	7,2 (6,4–7,9)	8,8 (7,8–9,8)	4,0 (3,1–4,9)	4,3 (3,2–5,5)	1,8 (1,1–2,5)	1,6 (1–2,2)

Lähde: THL vertailukehittämisen tietokanta 1_2014

Ne henkilöt, jotka sijoittuvat kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkiin yksi ja kaksi, hyötyvät erityisesti siitä, että heille on laadittu yksilöllinen, tavoitteellinen kuntoutumissuunnitelma ja siihen liittyvä fyysistä suoriutumista edistävä harjoitteluohjelma. Vaikka kuntoutumis- ja voimavarakartoitus on ensisijaisesti tarkoitettu hoitajien työvälineeksi, sitä voidaan hyödyntää myös erityisesti lähi- ja keskijohdon työvälineenä kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisessa sekä resurssien kohdentamisessa. Ryhmittely auttaa lähiesimiestä näkemään yksikkönsä asiakkaiden erilaiset kuntoutumisen tarpeet ja arvioimaan hoidon tuloksia sekä kohdentamaan resursseja niiden mukaisesti.

Taulukossa 1 esitetyt ikä, sukupuoli, hoitoaika, diagnoosit ja ADL toimintakyvyn muutos viimeisen 90 vuorokauden aikana on kuvattu käyttämällä yksittäisiä RAI arvioinnin muuttujia. Kivun mittaamisessa on käytetty kipumittaria (Fries ym. 2001), asteikko 0–3, jossa korkea luku ilmaisee vaikeaa päivittäistä kipua. Mielialan kuvauksessa on käytetty Depression Rating Scale (DRS) mittaria (Burrows ym. 2000), jon-

ka asteikko on 0–14. Henkilöllä on masennusepäily, jos mittarin arvo on kolme tai enemmän. Sosiaalista osallistumista on kuvattu käyttämällä Social Engagement Scale (SES) mittaria (Schroll ym. 1997), asteikko 0–6. Matala arvo kuvaa suurempaa sosiaalista osallistumista. CHESS (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs;) mittari (Hirdes ym. 2003) ilmaisee terveydentilan vakautta, jossa korkeampi luku kuvaa epävakaampaa terveydentilaa. Taulukon 1 avulla haetaan vastausta kysymykseen:

- Millaisia asiakasryhmiä ympärivuorokautisessa hoidossa on tunnistettavissa ja keitä ovat ne henkilöt, jotka hyötyvät yksilöllisestä harjoittelusta ja kuntoutuksesta?

Tarkasteltaessa tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin asiakasrakennetta kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkien mukaan, on nähtävissä selvästi toisistaan poikkeavia asiakasprofileja. Pääluokkiin yksi ja kaksi kuuluvilla asiakkailla on kuitenkin havaittavissa paljon yhteneväisiäkin tunnuspiirteitä. Henkilöt, jotka sijoittuvat kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen edellä mainittuihin ryhmiin hyötyvät konkreettisista kuntoutumissuunnitelmista ja niihin liittyvistä harjoitteluohjelmista.

Asiakasprofilit kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ryhmissä yksi ja kaksi:

- keski-ikä on yli 80 vuotta
- vähän kipua ja masennusepäilyä
- noin joka viidennellä ryhmään yksi kuuluvalla keskimääräinen hoitoaika on alle 6 kk, ryhmässä kaksi vajaalla 15 %:lla
- neljällä viidestä on vakaa terveydentila ryhmässä yksi ja ryhmässä kaksi noin kahdella kolmesta
- aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista on eniten ryhmään yksi kuuluvilla ja kohtalaisesti ryhmään kaksi kuuluvilla
- yli puolella on muistisairauden diagnoosi ryhmässä yksi ja ryhmässä kaksi jo neljällä viidestä
- psykiatrinen diagnoosi on alle joka viidennellä
- ADL toimintakyky on parantunut viimeisen 90 vrk:n aikana vain alle joka kymmenennellä ryhmässä yksi ja enää 4 %:lla ryhmässä kaksi

Asiakasrakenteen osalta on nähtävissä myös eroja asumismuodon osalta. Oleelliset erot tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodissa kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokissa yksi ja kaksi ovat seuraavat:

- muistisairauden ja psykiatrisen sairauden diagnoosi on useammin tehostetun palveluasumisen asiakkailla
- aivohalvausdiagnoosi on useammin vanhainkodin asiakkailla (vk noin 20 %, tp noin 10 %)
- ADL toimintakyky on parantunut viimeisen 90 vrk:n aikana useammin vanhainkodin asiakkailla

Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkaan kolme sijoittuvat ne henkilöt, joiden kognitio (CPS = 5–6) ja fyysinen suoriutuminen (ADLH = 5–6) ovat erittäin vaikeasti heikentyneet. Heillä on enää niukasti kuntoutumisen mahdollisuuksia ja voimavaroja jäljellä. Tässä luokassa kuntoutumista edistävä toiminta on ensisijaisesti mahdollisen vuodelevon aiheuttamien komplikaatioiden ennaltaehkäisyä, ruokailun tukemista ja parhaan mahdollisen toimintakyvyn sekä sosiaalisen osallistumisen mahdollistamista esimerkiksi turvaamalla asiakkaiden säännöllinen ylösnousu. Luokkaan kolme sijoittuvien henkilöiden tunnuspiirteet ovat seuraavat:

- naisten osuus suurempi kuin ryhmissä yksi ja kaksi
- vain alle joka kymmenellä keskimääräinen hoitoaika on alle 6 kk
- ei juuri aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista jäljellä
- yli joka kolmannelle tehostetun palveluasumisen asiakkaalla on epävakaata terveydentilaa, vanhainkodissa asuvilla joka viidennellä
- hyvin vähän (vajaan 2 %) ADL toimintakyvyn parantumista viimeisen 90 vrk:n aikana

Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta

Kuntoutumismahdollisuuden arviointi ja hoitajan usko asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuteen ovat yhteydessä hoitajan kuntoutumista edistävään toimintaan. Mikäli hoitaja arvioi asiakkaalla olevan kuntoutumisen mahdollisuuden, hän todennäköisesti edistää omalla toiminnallaan henkilön kuntoutumista (Vähäkangas 2010). Hoitajan osaamisen kehittäminen puolestaan edistää hoitajan uskoa ikääntyneiden henkilöiden kuntoutumiseen ja kuntoutumista edistävään toimintaan (Resnick ym. 2009). Kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen edellyttää hoitajalta asian- tuntuutta (Routasalo ym. 2004, Vähäkangas 2010).

Kuntoutumista edistävä toiminta mahdollistetaan lähijohtamisen avulla (Vähäkangas 2010). Yksi lähijohtajan tehtävistä on ohjata hoitotyön resursseja ja varmistaa osaltaan niiden riittävyys asiakasrakenteen huomioiden. Aikaisemmin on todettu (Vähäkangas ym. 2012), että ikäihmisten kuntoutumismahdollisuuden arviointi ja tavoitteellisen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen näyttää olevan mahdollista, jos hoitohenkilöstömitoitus on noin 0,54–0,6 hoitajaa/asiakas. On myös todettu, että hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan perustuvien yksilöllisten, asiakaskohtaisten harjoitteluohjelmien systemaattinen toteuttaminen näyttäisi edellyttävän suurempaa hoitohenkilöstömitoitusta, joka on noin 0,7–0,75 hoitajaa /asiakas. Lisäksi se edellyttää kehittyneitä kuntoutumista edistäviä toimintamalleja, joihin kaikki hoitajat ovat sitoutuneita. Kuntoutumista edistävien toimintamallien käytännön toteuttamisessa tarvittavien resurssien määrä vaatii lisäselvityksiä. Tavoitteena tulisi olla henkilöstömitoituksen kiinnittäminen asiakasrakenteeseen. Tällöin tarvitaan erityisesti tietoa siitä, millä henkilöstömäärällä ja –rakenteella tuloksia tuottava kuntoutumista edistävä toiminta on mahdollista (vrt. Noro ym. 2013). Tällaisen selvityksen apuvälineenä voidaan hyödyntää esimerkiksi tässäkin artikkelissa käytettyä HAAKu- mittaria.

RAI-järjestelmän pohjalta kehitetty Hoitajan Antama Aktiivinen Kuntoutus (HAAKu 0–35) mittari, kuvaa kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa (Vähäkangas

TAULUKKO 2. Hoitajan usko asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuteen ja hoitajan antaman aktiivisen kuntoutuksen (HAAKu) määrä keskiarvona kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokissa (n= 13 655).

	Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 1)		Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 2)		Niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 3)	
	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit
	n 4 629	n 2 841	n 1 718	n 1 150	n 1 555	n 1 772
Asiakasrakenne	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)	Luottamusväli (95 %)
Hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuteen, %	48,5 (47,1–49,9)	52,1 (50,3–53,9)	30,8 (28,6–33)	36,7 (33,9–39,5)	17,3 (15,4–19,2)	13,5 (11,9–15,1)
HAAKu (0–35), ka	10,6 (10,3–10,9)	13,7 (13,3–14)	13,8 (13,2,14,3)	14,6 (14–15,3)	16,1 (15,5–16,7)	11,5 (11–12,1)

Lähde: THL vertailukehittämisen tietokanta 1_2014.

2010). Arvo 17+ ilmaisee sitä, että kuntoutumista edistävä toiminta on päivittäistä ja säännöllistä. HAAKu mittaa hoitajan antaman ohjauksen ja harjoittelun tuen määrää. Se kuvaa niiden päivien määrää, jolloin asiakas on saanut hoitajan antamaa ohjausta ja harjoittelun tukea vuoteessa liikkumisessa (P3d), siirtymisessä (P3e), kävelemisessä (P3f) pukeutumisessa/siistiytymisessä (P3g) tai syömisessä (P3h) vähintään 15 minuuttia vuorokaudessa viikon aikana. HAAKu_17 mittarin pisteasteikko

- 0–16 Ei ollenkaan/vähän päivittäistä hoitajan antamaa ohjausta ja harjoittelun tukea
- 17+ Päivittäinen hoitajan antama ohjaus ja harjoittelun tuki useammalla kuin kahdella fyysisen toiminnon osa-alueella

HAAKu mittarin lisäksi taulukkoon 2 on valittu kuntoutumista edistävän hoitajan toimintaa kuvaavaksi muuttujaksi Hoitajan usko asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuteen. Kyseinen muuttuja saa arvon yksi RAI arvioinnissa, mikäli hoitaja on arvioinut uskovansa henkilön kuntoutumisen mahdollisuuteen. Taulukon kaksi avulla haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

- Miten kuntoutumista edistävät käytännöt näkyvät arjen toiminnassa ja millä perusteella entisestään niukkenevia henkilöstöresursseja kohdennetaan?

Hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuteen eroaa eri kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokissa vähentyen asiakkaan toimintakyvyn heiketessä. Eniten hoitajat uskovat kuntoutumismahdollisuuteen luokkaan yksi sijoittuvien asiakkaiden osalta. Kuitenkin tässä luokassa vain noin puolella asiakkaista arvioidaan olevan toimintakyvyn paranemisen mahdollisuus. Vastaavasti myös luokkaan kolme kuuluu asiakkaita, joilla hoitajat uskovat vielä olevan mahdollisuutta kuntoutua. Molemmat edellä mainitut tilanteet viittaavat siihen, että hoitajien osaamista kuntoutumismahdollisuuden arviointiin liittyen olisi vahvistettava.

Hoitajan antamaa aktiivista kuntoutusta (HAAKu) saavat luokissa yksi ja kaksi enemmän vanhainkodeissa olevat asiakkaat ja luokassa kolme enemmän tehostetun palveluasumisen asiakkaat. Luokkaan yksi kuuluvat asiakkaat saavat vähemmän hoitajan antamaa kuntoutusta kuin luokkaan kaksi kuuluvat, vaikka heillä on eniten kuntoutumispotentiaalia jäljellä. Ajattelevatko hoitajat paremman toimintakyvyn omaavien asiakkaiden selviävän ilman harjoittelua vai eivätkö resurssit yksinkertaisesti riitä parempikuntoisten asiakkaiden kuntoutukseen? Vai onko niin, että välitöntä hoitoaikaa kohdennetaan enemmän huonompikuntoisiin asiakkaisiin, vaikka heillä on vähemmän voimavaroja jäljellä? Aikaisempien tutkimusten mukaan (Vähäkangas ym. 2008) kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan tulee olla säännöllistä ja päivittäistä (17+). Merkille pantavaa on, että tässä tutkimuksessa kaikissa ryhmissä edellä mainittu keskiarvo alittuu (vaihteluväli 10.6–16.1).

Verrattaessa näitä tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin (Vähäkangas ym. 2012) voidaan todeta, että hoitajien usko vanhainkodeissa hoidossa olevien henkilöiden kuntoutumismahdollisuuteen on lisääntynyt kaikissa kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokissa, kuten myös kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrä. Tämä antaa viitteitä siitä, että vanhainkodeissa kuntoutumista edistävien toimintamallien mukainen käytännön toiminta on lisääntynyt ja kehittynyt.

Kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan tuloksia ammatillisen laadun näkökulmasta

Kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan tuloksia on mahdollista arvioida asiakastasolla henkilön toimintakyvyn ja arkielämyksen muutoksena. Toisaalta tuloksia on mahdollista arvioida myös yksikötasolla esimerkiksi ilmenevinä hoidon laadun epäkohtina. RAI järjestelmän laatuindikaattorit (Zimmermann ym. 1995, Noro ym. 2005) mittaavat sekä prosesseja että hoidon tuloksia. Tähän artikkeliin on valittu muutamia kuntoutumista edistävän toiminnan kannalta keskeisiä ammatillisen hoidon laadun indikaattoreita, jotka kuvaavat hoidon tuloksia kuntoutumista edistävän toiminnan näkökulmasta.

Lääkkeiden käytön mittarina toimii laatuindikaattori yhdeksän lääkettä tai enemmän. Indikaattori kuvaa niiden henkilöiden määrää (%), joilla on käytössä yhdeksän lääkettä tai enemmän. Säännöllinen unilääkkeiden käyttö tarkoittaa niiden henkilöiden määrää, jotka ovat seurantaviikon aikana käyttäneet vähintään kahtena päivänä unilääkettä. Indikaattorit Vuoteeseen hoidettavat potilaat ja Vähän tai ei lainkaan aktiiviteetteja kuvaavat niiden henkilöiden määrää, jotka ovat vuoteessa vähintään 22 tuntia vuorokaudessa tai joilla ei ole mitään/on vain vähän aktiiviteetteja päivän aikana. Pitkään säilyvien ADL taitojen väheneminen mittaa sängyssä liikkumiseen, siirtymiseen, syömiseen ja wc:n käyttöön liittyvien taitojen heikentymistä verrattuna henkilön edelliseen arviointiin 90 päivää sitten. Taulukossa 3 on kuvattu hoidon laadun tuloksia kuntoutumis- ja voimavarakartoitusluokkien mukaisesti. Asetelman avulla on haettu vastausta kysymykseen:

- Miten aktiivinen arki toteutuu ympärivuorokautisessa hoidossa?

Taulukko 3. Hoidon tulokset RAI laatuindikaattorein kuvattuna kuntoutumisen ja voimavarakartoituksen mukaisesti ryhmiteltyinä. RAI aineisto keväältä 2014.

	Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 1)		Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 2)		Niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja (luokka 3)	
	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkodit
Laatu-indikaattorit	n 4 629 luottamusväli (95 %)	n 2 841 luottamusväli (95 %)	n 1 718 luottamusväli (95 %)	n 1 150 luottamusväli (95 %)	n 1 555 luottamusväli (95 %)	n 1 772 luottamusväli (95 %)
9 + lääkettä, %	59,2 (57,8–60,6)	60,0 (58,2–61,9)	44,6 (42,3–47)	40,5 (37,7–43,4)	33,3 (31–35,7)	27,5 (25,4–29,6)
Säännöllinen unilääkkeiden käyttö, %	26,3 (25,1–27,6)	23,0 (21,5–24,6)	20,6 (18,7–22,5)	15,1 (13,1–17,2)	11,4 (9,8–13)	9,9 (8,5–11,3)
Vuoteeseen hoidettavat, %	2,9 (2,5–3,4)	11,7 (10,5–12,9)	6,5 (5,4–7,7)	22,3 (19,9–24,8)	33,7 (31,3–36)	54,5 (52,2–56,8)
Pitkään säilyvien ADL taitojen lasku, %	16,3 (15–17,6)	19,3 (17,4–21,2)	30,9 (28,3–33,5)	30,8 (27,1–34,5)	43,1 (39,3–46,9)	33,1 (28,3–37,8)
Vähän tai ei lainkaan aktiviteetteja, %	44,1 (42,7–45,6)	34,3 (32,5–36)	63,3 (61–65,6)	46,9 (44–49,8)	83,5 (81,7–85,4)	75,4 (73,4–77,4)

Niiden henkilöiden määrä, joilla on käytössä yhdeksän lääkettä tai enemmän vähennee luokittain sitä mukaa, kun toimintakyky heikkenee. Käytettyjen lääkkeiden määrässä ei ole suurta eroa tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien välillä. Myös säännöllisten unilääkkeiden käyttö vähenee edellä mainitun mukaisesti. Tehostetun palveluasumisen asiakkailta on kaikissa luokissa käytössä hieman enemmän säännöllisiä unilääkkeitä. Vuoteeseen hoidettavien asiakkaiden määrä lisääntyy luokittain toimintakyvyn heikentyessä ja merkittävästi enemmän vanhainkodeissa. Pitkään säilyvien taitojen osalta laskua on vähiten luokkaan yksi kuuluvilla asiakkailta ja eniten luokassa kolme. Tämä nostaa esille kysymyksen arviointien luotettavuudesta luokkaan kolme kuuluvien asiakkaiden osalta. Vähän tai ei lainkaan aktiviteetteja omaavien asiakkaiden osuus lisääntyy toimintakyvyn heiketessä. Mielenkiintoista on, että kaikissa luokissa vanhainkotien asiakkailta on enemmän aktiviteetteja kuin tehostetun palveluasumisen asiakkailta.

Verrattaessa näitä tuloksia aikaisempaan (Vähäkangas ym. 2012), vuoteeseen hoidettavien määrä on lisääntynyt vanhainkodeissa. Vähän tai ei lainkaan aktiviteetteja omaavien asiakkaiden osuus on laskenut kaikissa luokissa, mutta se on edelleen korkea, mikäli tavoitellaan aktiivista arkea ja elämää ympärivuorokautisessa hoidossa. Toimintakyvyn laskua koskien pitkään säilyviä taitoja tapahtuu tämän aineiston mukaan vähemmän kaikissa luokissa verrattuna aikaisempiin tuloksiin (Vähäkangas ym. 2012).

Pohdintaa ja aktiivisen asumisen suositukset

Tämän artikkelin avulla on arvioitu ympärivuorokautisen hoidon (tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit) asiakasrakennetta, kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa ja sen tuloksia hyödyntämällä kansallisen tason RAI aineistoa 1_2014. Vastava tutkimus on tehty vanhainkotien osalta aikaisemmin vuoden 2009 RAI aineistolla (Vähäkangas ym. 2012).

Muutos on mahdollista

Kuntoutumista edistäviä toimintakäytäntöjä – ja malleja on maassamme kehitetty viime vuosina erilaisissa kehittämishankkeissa. Tehostetun palveluasumisen yksiköistä ei ole vastaavaa tutkimustietoa saatavilla, mutta vanhainkotien osalta voidaan todeta, että kuntoutumista edistävän toiminnan suunta on oikea kuljettaessa laitoshoidosta aktiiviseen asumiseen. Muutos on kuitenkin varsin pieni. Merkille pantavaa on, että keskiarvojen mukaan vaikuttava hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta (HAAKu 17+) toteutuu huonosti tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodissa. Toiminnaltaan hyvään laatuun ja vaikuttavuuteen yltäviä yksiköitä saattaa toki olla, mutta kokonaisuutena tarkasteltuna ympärivuorokautisessa hoidossa on vielä paljon kehitettävää.

Yhteenvedona voidaan todeta, että kuntoutumista edistävä toiminta on lisääntynyt, mutta ei riittävästi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan erityisesti tehostetun palveluasumisen aktiivisen arjen mahdollistavia käytäntöjä tulisi kehittää. Asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuden tunnistamiseen tulisi panostaa ja kuntoutumista edistävät harjoitteluohjelmat tulisi suunnata asiakkaille, jotka niistä hyötyvät. Tehostetun palveluasumisen vanhainkoteja heikommalla tuloksella asiakkaiden aktiviteettien määrässä kertovat aktiivisuutta lisäävien toimintamahdollisuuksien kehittämisen tarpeesta. Toisaalta vanhainkodeissa tulisi kiinnittää huomiota vuoteeseen hoidettavien asiakkaiden suureen määrään ja löytää aktiviteetteja heidän arkeensa.

Lääkehoito on kehittynyt ympärivuorokautisessa hoidossa viimeisen vuosikymmenen aikana. Vaikka lääkkeiden käyttöä on pystytty merkittävästi vähentämään (Finne-Soveri 2012), tarvitaan kuntoutumista edistäviä interventioita, joiden avulla esimerkiksi unilääkityksen määrään voidaan vaikuttaa. Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen luokkaan kolme kuuluvien asiakkaiden kohdalla on tärkeää kiinnittää huomiota epävakaan terveydentilan hoitamiseen, erityisesti tehostetun palveluasumisen osalta. Tässä luokassa on myös saattohoidossa olevia, jolloin riittävän lääkäriresurssin varmistaminen ja henkilöstön osaaminen on myös huomioitava.

Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus ryhmittelee ja toimii

Tässä artikkelissa asiakasrakennetarkastelun apuvälineenä käytetty kuntoutumis- ja voimavarakartoitusryhmittely näyttää toimivan hyvin ympärivuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden erilaisten kuntoutumistarpeiden esille tuojana. Se ryhmittelee asiakkaat toisistaan poikkeaviin luokkiin ja nostaa esille tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien asiakkaiden erilaisia kuntoutumistarpeita. RAI arviointitietojen luotettavuus on edelleen hyvä nostaa esille ja vahvistaa hoitajien arvioinnin tekemiseen

liittyvää osaamista koulutuksen avulla. Jatkossa on tärkeä tarkastella kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen käyttökelpoisuutta kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa.

Systemaattisuutta mittaamiseen ja tunnuslukujen kehittämiseen

Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus mahdollistaa kuntoutumista edistävän toiminnan tulosten arvioinnin uudella tavalla huomioiden käytössä olevat resurssit ja asiakasrakenne. Kartoituksen eri luokkiin sijoittuville asiakkaille voidaan asettaa omia tavoitteita toimintakyvyn parantamiseen/säilymiseen ja hoidon laatuun liittyen. Mittaaminen ja laadun seuranta kartoituksen avulla on tarkempaa ja se myös mahdollistaa paremmin asiakasrakenteen huomioimisen suhteessa hoidon laadun tuloksiin. Aikaisemmin on todettu, että nykyinen tapa hahmottaa ja kohdentaa henkilöstön aikaa ja osaamista johtaa samankaltaiseen hoitoon asiakkaalle (Noro ym. 2013). Tässä artikkelissa tarkasteltiin ympärivuorokautisen hoidon kokonaisuutta kuntoutumista edistävän toiminnan näkökulmasta ja tulokset ovat yhteneväiset edellä mainittuun tutkimukseen. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitusryhmittelyn mukainen asiakasrakenteen ja henkilöstöresurssien yhdistäminen kuntoutumista edistävään hoitajan toimintaan ja sillä saavutettuihin hoidon tuloksiin mahdollistaa jatkossa kehittämistyön, jossa tarvittava henkilöstömitoitus yhdistetään asiakasrakenteeseen.

Lähijohtamiseen liittyvät keskeiset suositukset ympärivuorokautisessa hoidossa matkalla kohti aktiivista asumista

- Varmista RAI arviointien luotettavuus
- Huolehdi siitä, että asiakkaan toimintakyky on arvioitu moniammatillisesti ja kuntoutumisen mahdollisuus on tunnistettu
- Varmista ammatillinen hoidon laatu sekä tarkoituksenmukainen lääkärin ja moniammatillisen tiimin työpanos
- Huolehdi siitä, että asiakkaille on laadittu tavoitteellinen kuntoutumissuunnitelma ja harjoitteluohjelma
- Kehitä toimintayksiköiden arjen aktiivisuutta tukevia käytäntöjä
- Vähennä vuoteeseen hoidettavien määrää
- Seuraa kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia ja toiminnan vaikuttavuutta systemaattisesti asiakasrakenne ja resurssit huomioiden
- Tunnista kuntoutumista edistävät hyvät käytännöt ja yksiköt HAAKu mittarin avulla ja hyödynnä vertailukehittämisen mahdollisuutta
- Varmista oma kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvä johtamisosaaminen ja kehitä henkilöstön osaamista
- Johda kuntoutumista edistävää toimintaa innovatiivisesti

LÄHTEET

- Benner P (1984) From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison Wesley. California.
- Finne-Soveri H (2012). Vanhenemiseen varautuva kaupunki –esimerkkinä Helsinki. THL - raportti 31/2012. Juvenes print, Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Hansebo G (2000) Assessment of patients' needs and resources as a basis in supervision for individualised nursing care in nursing home wards. The Department of Clinical Neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research, Division of Geriatric Medicine, Karolinska Institutet. Stockholm.
- Hawes C, Morris J, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V (1997). Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. Age and Ageing. 26(2): 19-25.
- Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ (2004). The Effects of Exercise Training on Elderly Persons With Cognitive Impairment and Dementia: A Meta-Analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85: 1694-1704.
- Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF (2003). The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalized Older People. J Am Geriatr Soc 51:96-100.
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz LA (1994). MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology: Medical Sciences 49(4), M174-182
- Morris, JN, BE Fries, et al. (1999). "Scaling ADLs within the MDS." Journal of the Gerontology: Medical Sciences 54A (11): M546-M553. Nursing Homes. The Gerontologist 30, 293-307.
- Noro A, Finne-Soveri H, Mäkelä M (2014). Henkilöstömitoituksen ja -rakenteen yhteys ympärivuorokautisen hoidon laatuun. THL raportti 13/2014.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (2005). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- RAI tutkimustietokanta (2014). Ikäihmisten palvelut –yksikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Routasalo P, Arve S, Lauri S (2004). Geriatric Rehabilitation nursing: Developing a model. International Journal of Nursing Practice 10(5), 207-215.
- Vähäkangas P, Niemelä K, Noro A (2012). Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. THL raportti 48/2012.
- Vähäkangas P (2010). Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Universitatis Ouluensis D Medica 1060. Juvenes Print. Tampere.
- Vähäkangas P, Noro A (2009). Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistäväillä osastoilla. Hoitotiede, 21(2), 97-108.
- Zimmerman, DR, Karon L et al. (1995). "Development and testing of nursing home quality indicators." Health Care Financing review 16(4):107-127

3.1 RAI-toimintaa 15 vuotta

Harriet Finne-Soveri

RAI-toiminta Suomessa alkoi 1990-luvun alkupuolella laitoshoidosta Magnus Björkgrenin ja Harriet Finne-Soverin alkaessa valmistella tiedonkeruuta kumpikin väitöskirjaansa varten. Taustalla vaikutti tarve ymmärtää laitosasukkaiden tarpeita ja toisaalta kustannusten muodostumista. Virallisesti RAI-järjestelmän käyttö arjessa alkoi kahden vuoden pilottiprojektina vuoden 2000 alussa työnimellä ”RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon Benchmarking”. Yhteistyökumppaneina pilottiprojektissa olivat:

Stakes (vuodesta 2009 alkaen THL), Terveys- ja sosiaalitalouden ryhmä
Chydenius-Instituutti, Jyväskylän yliopisto
Folkhälsan
Helsingin Diakonissalaitos
Vanhustyön keskusliitto
Kuntokallio
Helsingin kaupunki, terveysvirasto
Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto
Kokkolan kaupunki
Porvoon kaupunki
Oulunkylän kuntoutussairaala

Tietokonesovelluksen ensimmäinen versio kehitettiin pilottiprojektin alussa. Jokainen osallistuva taho osallistui Benchmarkinghankkeen kustannuksiin. Se oli yhteistyöhanke, joka perustui molemminpuoliseen vuorovaikutukseen ja jonka työkokouksissa keskusteltiin toimintatavoista, tuloksista ja järjestelmän käytännön hyödyntämisestä. Osallistuminen perustui kunnan, laitoksen tai muun yhteistyötahon ja Stakesin väliseen yhteistyösopimukseen. Tietolähteenä käytettiin pääosin tietokoneella kerättävää RAI-lomakkeeseen sisältyviä tietoja sekä erikseen kerättävää osasto tai laitospotilaiden kustannus ja henkilötietoja. Toimintaa seurasi ja ohjasi toimijoista muodostettu johtoryhmä. Työkokoukset ja samalla johtoryhmän kokoukset järjestettiin kolme kertaa vuodessa.

Projektin tavoitteina oli:

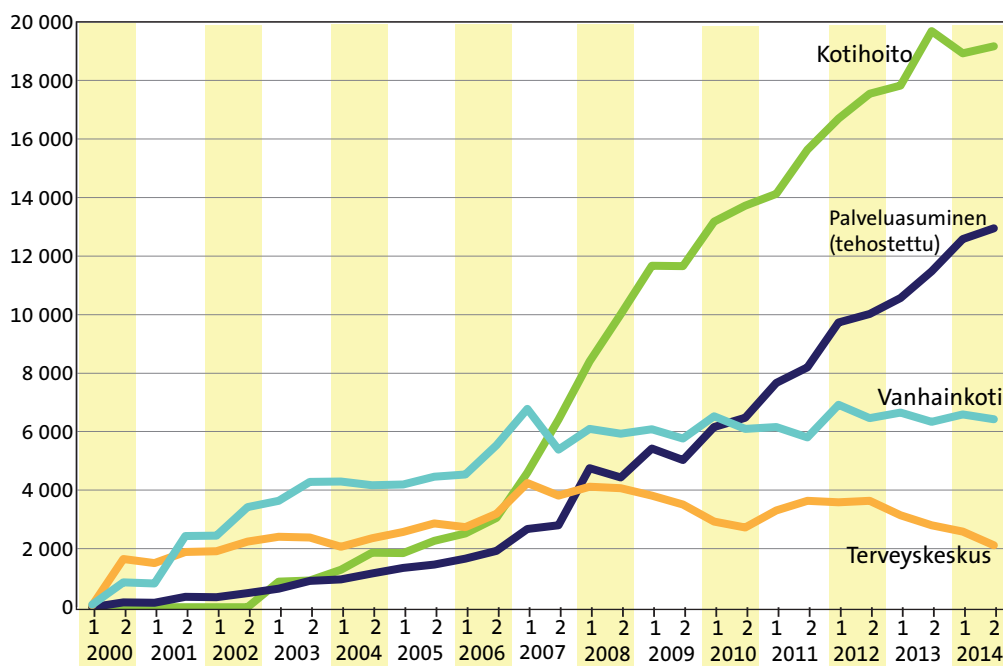
- 1) ottaa käyttöön RAI-tietojärjestelmä ja sen tietokonesovellus hoitotyön käytännön suunnitteluun sekä potilasrakenteen, hoidon laadun, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja kustannus-vaikuttavuuden arviointiin,
- 2) kouluttaa osallistuvien kuntien/laitosten työntekijät sekä RAI:n että tietokonesovelluksen käyttöön

- 3) luoda Stakesiin tietokanta, johon RAI tiedot kertyvät ja luoda palaute/vertailutietokanta Internetiin,
- 4) tarjota palautetta, jossa arvioidaan hoidon laatua, hoidon kustannuksia RUG-luokittelun ja erikseen kerättävien osastokohtaisten kustannus- ja voimavaratietojen avulla sekä hoidon tuottavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta ja näiden yhteyttä hoidon laatuun.

RAI toimintaa aikajanalla

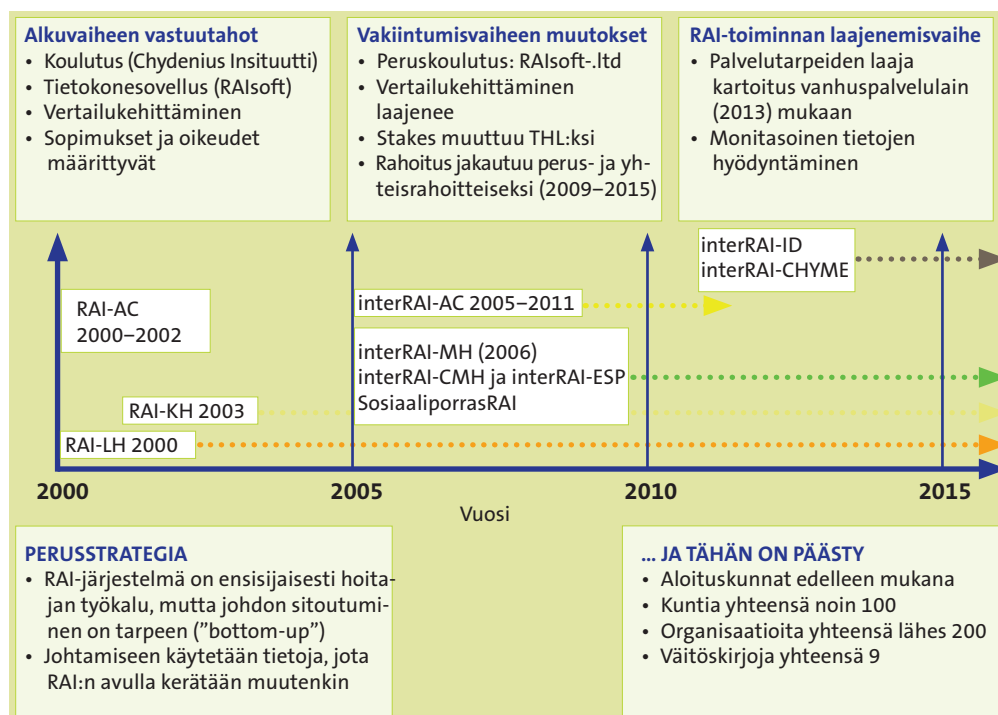
Vaikka RAI-toiminta on vakiintunut projektista jatkuvaksi toiminnaksi ja osallistuvien tahojen lukumäärä moninkertaistunut, perusperiaatteet ovat yhä samat kun pilot-tihankkeen alkaessa. Kotihoidon RAI otettiin käyttöön pilottina vuonna 2003 ja laajeneminen lähti käyntiin vuonna 2007. (kuvio 1).

Mielenterveyden instrumenttejä on käännetty 2000-luvun puolivälistä alkaen, mutta mielenterveyden osalta RAI-järjestelmän käyttöönottoa on hidastanut interRAI:n viivästynyt mielenterveystyön laatuindikaattoreiden ja -CAPsien tuotto. THL on kerännyt arviointeja syksystä 2009 alkaen mielenterveystyön ympärivuorokautisen hoidon (interRAI-MH) ja akuuttitilanteen (interRAI-ESP) osalta ja vuodes-



Selite: numero yksi vuosiluvun perässä tarkoittaa ajanjaksoa 1.10–31.3. ja numero kaksi ajanjaksoa 1.4.–30.9.

KUVIO 1. Vanhuspalveluiden RAI-arviointien lukumäärä puolivuositain vanhuspalveluissa vuosina 2000–2014.



KUVA 1. RAI-toiminnan peruselementit aikajanalla.

ta 2010 avohoidon osalta (interRAI-CMH) (Kuva 1). Tätä kirjoitettaessa mielenterveyteen liittyvät interRAI-versiot ovat käytössä noin kahdessakymmenessä erilaisessa ja erikokoisessa organisaatiossa. Mielenterveyteen liittyvät interRAI-välineet ovat valmiita täyteen käyttöönottoon.

Akuuttihoidon interRAI sai Skandinavian Lions Clubin Punainen Sulka keräyksensä tutkimusrahoituksen viiteen Pohjoismaahan vuosina 2000–2002. InterRAI alkoi pian sen jälkeen päivittää akuuttihoidon interRAI-versioita hoitoketjujen näkökulmasta oleellisesti uuteen uskoon, mikä vuoksi pohjoismaisessa tutkimuksessa käytettyä akuuttihoidon interRAI-versiota ei tutkimuksen päätyttyä yritettykään ottaa arkipäyttöön Suomessa. Päivitetyn Akuuttihoidon interRAI:n ensimmäinen versio testattiin Tampereella vuonna 2005. Varsinainen käyttöönoton pilottihanke toimi vuosina 2009–2010 (–2011) neljässä sairaalassa ja yhdessä organisaatiossa (Kuva 1). Akuuttihoidon interRAI välineistö sisältää tätä kirjoitettaessa akuuttisairaalan yleissisätautisten tai geriatrinen osastojen käyttöön tarkoitetun Akuuttihoidon interRAI:n, siihen

kiinteästi liittyvän kuntoutukseen keskittyvän jatkeen (interRAI-PAC) ja päivystyspoliklinikan seulontavälineeksi kehitetyn lyhytversion (interRAI-ESD). InterRAI saanee CAPs-välineistön ja laatuindikaattorit täyteen toimintavalmiuteen syksyllä 2015. Muutamassa sairaalassa on kokeiltu myös vanhaa interRAI-PAC versiota. interRAI-välineistöä on kokeiltu myös kehitysvammaisten palvelutarpeen arviointiin. Kainuussa kerättiin pienehkö aineisto perhehoidossa olevista kehitysvammaisista käyttäen kotioidon RAI-versiota ja varsinainen kehitysvammaisten instrumentti (interRAI-ID) käännettiin 2011 ja pilotoitiin 2013–2014. Uutena alueena interRAI-perheeseen on saatu lasten ja nuorten mielenterveystyön instrumenttisarja, jonka pilotointi on tätä kirjoitettaessa meneillään.

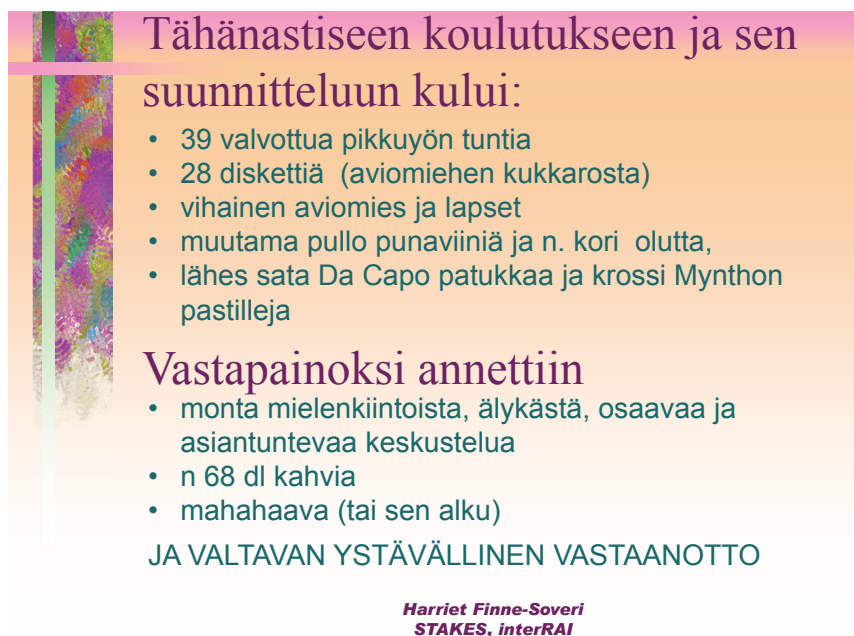
RAI-järjestelmän työvälineiden nimitysten logiikka juontaa juurensa englanninkielisistä termeistä ja siitä ovatko arviointilomakkeen tiedot Minimum Data set (MDS) pohjaisia vai onko kyseinen versio päivitetty hoitoketjujen näkökulmasta muiden versioiden kanssa saumattomasti yhteensopivaksi (interRAI New Suite) tai tuotettu vuoden 2006 jälkeen. Päivitettyjen ja vuoden 2006 jälkeen kehitettyjen versioiden edessä on sana *interRAI* (Kuva 1).

RAI-vertailukehittämistoiminnassa on kerätty myös vuosittain sekä toimintatietoja että kustannustietoja. Näiden tietojen keruu keskeytettiin vuosiksi 2013 – 2014, koska molempina vuosina suoritettiin mittava valtakunnallinen tiedonkeruu liittyen vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantaan ja toimintatiedot kerättiin tässä yhteydessä kaikista yksiköistä sekä kotihoidosta että ympärivuorokautista hoivaa tarjoavista asu- ja palveluista.

Koulutus

RAI-toiminnan keskiössä on ollut koko sen 15-vuotisen toiminnan aikana vanhuspalvelujen asiakkaiden – ja sittemmin myös mielenterveys- ja kehitysvammaisten palveluiden palvelutarpeen arviointi. Tavoitteena oli opetella arvioimaan asiakkaan tilanne laajasti ja kattavasti sekä perustaa asiakkaan tavoitteellinen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma tämän arvioinnin varaan. Enteellistä, että samat velvoitteet on sisällytetty vanhuspalvelulakiin (980/2012, § 15 ja 16). Vaikka toimintaa aloitettaessa ei ollut näyttöä järjestelmän käytön vaikuttavuudesta, näyttöä on kertynyt runsaasti vuosien mittaan (Finne-Soveri ym. 2010). Kun toimintasuunnitelma perustuu oikein suoritetulle arvioinnille, RAI-järjestelmän mittareille ja asiakkaan omille toiveille ja mieltymyksille, sen voi luottaa johtavan aiempaa parempiin hoitotuloksiin – silloinkin, kun asiakkaalla on paljon sairauksia ja huomattava toiminnanvaja (Finne-Soveri ym. 2014).

RAI-koulutuksen tärkein tavoite on vastuussa olevan omahoitajan tai hoitotiimin kyky suorittaa arviointi standardoidusti, jotta RAI-järjestelmän mittarit olisivat varmasti luotettavia ja hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma rakentuisi vakaalle pohjalle. Kaikki muut kerätyn tiedon hyödyntämismahdollisuudet ovat sen jälkeen pelkkää bonusta. Koulutuksen toteuttaminen alkoi vuonna 2000 kaksiosaisena siten, että



KUVA 2. Ensimmäisen palauteseminaarin koulutusta koskevan puheenvuoron viimeinen kalvo 29.9.2000.

Chydenius-instituutti koulutti pohjanmaan ja Stakes Etelä-Suomen. Perehdytys on voimavaroja ja suunnittelua vaativaa (kuva 2). Onnistumisen edellytyksenä on yksiköiden erityisesti johtajien – sitoutuminen siihen että kaikki RAI-arvioijat voivat osallistua koulutukseen.

RAI-koulutus on eri maissa vaihdellut muutamasta tunnista viikkoon. Björkgren ja Vähäkangas totesivat koulutettuaan lähes 2000 hoitajaa RAI-järjestelmän käyttöön vuonna 2003, että silloisten hoitajien tarve saada apua hoitosuunnitelman tekoon oli suuri. On mahdollista, että hoito- palvelu ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen kannattaisi panostaa nykyistä enemmän myös henkilöstön peruskoulutuksessa. Vuosien varrella käyttöönottokoulutus siirtyi Chydenius-instituutilta RAIsoft.ltd:n vastuulle. RAI-järjestelmän käyttöönottokoulutuksen peruselementit olivat kolme sisällöllistä osaa ja neljän tunnin tietokonesovelluksen käyttöosa. Tämä rakenne on käyttökelpoinen yhä tänään (Vähäkangas & Björkgren 2005.) Sisältökoulutuksen osiot ja kes-
tot olivat:

- OSA A Yleisinformaatio ja käyttöönottovalmennus 4–6 h
- OSA B RAI:n perusteet ja arvioinnin suorittaminen 6 h
- OSA C Hoidon ja palvelun suunnittelu

Koulutuksen jakaminen useaan osioon koettiin oppimisen kannalta tarpeelliseksi ja oleellinen osa koulutusta todettiin olevan arvioinnin harjoittelu arjessa. RAI-koulutuksen tärkeimmät tavoitteet ovat auttaa arvioijaa ajattelemaan, havainnoimaan ja

kirjaamaan täsmällisesti ja systemaattisesti. Systemaattisuuden ei ole tarkoitus muuttaa arviointitilannetta mekaaniseksi vaan antaa työvälineet kaksisuuntaiselle asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa käytävälle keskustelulle. Asiakkaan tarpeet ja toiveet saavat vapaasti ohjata keskustelua kunhan kaikki arvioinnin osiot tulevat huomioituksi.

Koulutuksen tueksi on kehitetty erilaisia tapoja toimia kuten täydennyskoulutuspaketteja, joista osa on standardoituja ja osa räätälöity vastaanottajan tarpeisiin. Asiantuntijat ovat olleet tarpeen mukaan käytettävissä. Yksi koulutustapa on THL:n vuonna 2012 aloittama erityisasiantuntijakoulutus, joka sisältää kaikkiaan 11 kokopäiväistä koulutuskertaa sellaisille ammattihenkilöille, joilla on jo ennestään vankka RAI-osaaminen. Erityisasiantuntijakoulutuksen tavoitteena on ollut levittää RAI-osaamista kuntiin ja organisaatioihin, jotta uusia työntekijöitä varten ei enää tarvitsisi ostaa ulkopuolista kalliiksi koettua koulutusta ja jotta oma organisaatio osaisi hyödyntää RAI arviointeja monipuolisesti.

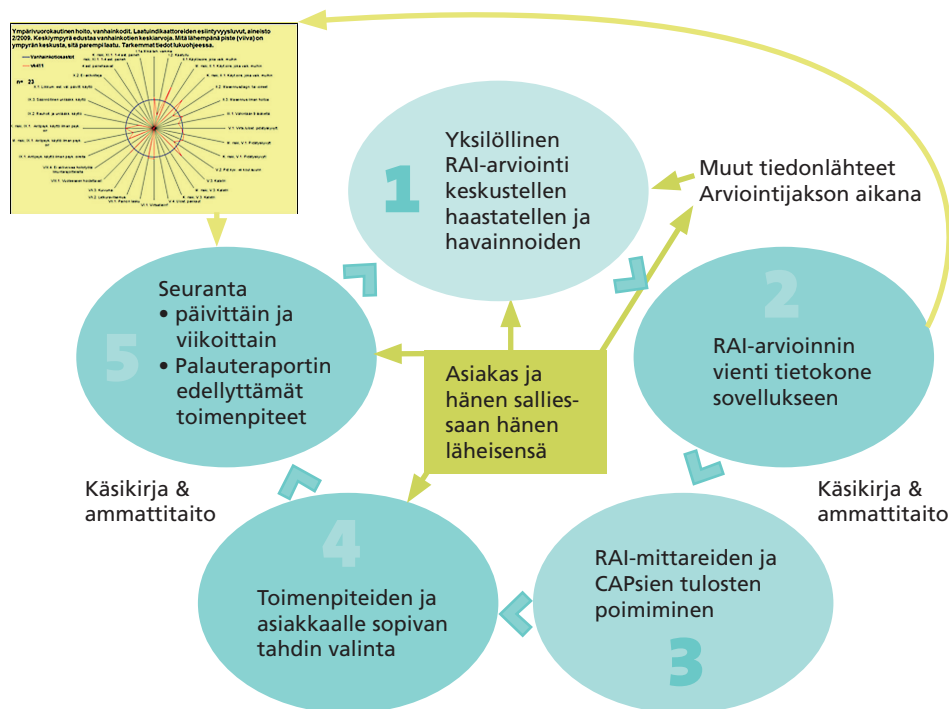
Perehtymisen kehittäminen itse koulutuksen suuntaan tulee olemaan yksi lähitulevaisuuden haasteista. Toinen kehittämisalue on organisaation eri tasoilla toimivien johtajien opastaminen RAI-järjestelmän mahdollisuuksiin. Koulutusta tukevia muita toimintoja ovat puolivuositain THL:stä lähetetyt yksikkökohtaiset palauteraportit, puolivuositain järjestetyt valtakunnalliset RAI-seminaarit, THL:n julkaisemat erilaiset raportit sekä laaja kansallinen ja kansainvälinen tutkimustoiminta.

Vertailukehittäminen

Vertailukehittäminen on ollut Stakesin ja sittemmin THL:n yksi ydintehtävistä RAI-toiminnassa. Benchmarking-toiminnalla ymmärrettiin hoitotoiminnan vertailua yksiköiden välillä ja parhaimmista käytännöistä oppimista. Vertailukohteina olivat oman osaston tai alueen aiempi suoriutuminen sekä vertailu valtakunnallisiin keskiarvoihin. Laitoshoidon-RAI:n käyttäjien on ollut mahdollista verrata omaa toimintaa myös oman yksikön kanssa samankaltaisia asukkaita hoitaviin yksiköihin.

Laatuindikaattoreiden valtakunnalliset keskiarvot ovat muodostaneet luonnollisen maalin johtamisen vähimmäistavoitteille. Laatutason säilyttäminen jokaisen seurattavan indikaattorin suhteen on toinen hyvä tasoite silloin kun oma tulos on valtakunnallista keskiarvoa parempi. Nämä tavoitteet turvaavat yhdessä sen, että laatuprosessi on jatkuvaa ja tavoite siirtyy edemmäksi laadun parantuessa.

Jokainen RAI-toiminnassa mukana oleva yksikkö arvioi asiakkaidensa palvelutarpeet kuuden kuukauden välein. Kopiot lähetetään THL:een joka tuottaa jokaiselle yksikölle yksikkökohtaisen palautteen 6–8 viikon kuluessa. Kuva 3 ilmentää arviointiprosessia osastolla tai kotihoidon alueella ja sitä, kuinka laatupalautteen saavuttua yksikön tai alueen kannattaa arvioida mitkä laatualueet ovat kyseisen osaston kehittämiskohteita. Sen jälkeen arvioidaan uudelleen kaikkien niiden asiakkaiden yksilöllinen hoito- palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, joilla on kyseisen laatualueen ongelmia ja pohditaan mitä voitaisiin tehdä paremmin.



KUVIO 3. RAI-vertailukehittämisen prosessi yksilöllisen hoito- kuntoutus- ja palvelusuunnitelman muodostaman laatuympyrän ja vertailupalautteen välisenä vuorovaikutuksena.

RAI seminaarit

RAI-seminaarit ovat oleellinen osa hyvien hoitokäytäntöjen levittämistä ja parhaimmilla oppimista. Seminaarien tematiikka, rakenne ja lukumäärä ovat muuttuneet vuosien varrella. Ensimmäisten vuosien aikana järjestettiin useita seminaareja joka vuosi. Vuoden alussa aloitusseminaari, sitten laitoshoidon RAI:n käyttäjille ja kotihoidon RAI:n käyttäjille kullekin oma kaksipäiväinen seminaarinsa, joissa käsiteltiin vertailukehittämisen tuloksia. Lisäksi vuosittain järjestettiin ylimääräinen seminaari (”Uusi Ote Vanhustenhuoltoon”) klinisiä aihealueita varten. Kliinisten aihe-alueiden suosio oli niin ylittämätön, että vähitellen RAI-seminaarien sisältö siirtyi tähän suuntaan ja aloitusseminaareista luovuttiin ajanpuutteen vuoksi. Samalla (vuodesta 2006) kotihoidon, laitoshoidon ja palveluasumisen asioista ruvettiin keskustelemaan samoissa seminaareissa palveluketjujen yhteisen ymmärryksen lisäämiseksi.

RAI-seminaareja jalkautettiin pääkaupunkiseudun ulkopuolelle jo ensimmäisestä vuodesta lähtien. Lisäksi on kokeiltu tapaa, missä osa pääseminaarin luennoista, lähinnä asiantuntijaluennot, nauhoitetaan ja näytetään paikallisessa seminaarissa osallistujille. Sen jälkeen käydään läpi alueen omia tuloksia ja keskustellaan niistä. Viesti-

seinän käyttö ja Skype-tyyppisen suoran yhteyden luominen satelliittiseminaariin ja työntekijöiden omille tietokoneille ovat olleet viimeksi kuluneiden vuosien hittituotteita. Seminaarien osallistujamäärät ovat vaihdelleet noin viidestä sadasta tuhanteen per seminaari.

Tutkimus

RAI-vertailukehittämisaineistosta on tuotettu kaikkiaan yhdeksän väitöskirjaa ja ainakin kaksi on parhaillaan tekeillä. (Taulukko 1). RAI aineistosta ja -toiminnasta on kirjoitettu joukko RAI järjestelmää kuvaavia raportteja tuloksineen: ensimmäinen oli aiheita-sarjan peruskuvaus RAI-järjestelmästä (Noro ym. 2000), kaksi seuraavaa olivat perusraportteja, joista toinen käsitteli laitoshoidon RAI:n käyttöönottoa, asiakasrakennetta ja hoidon laatua (Noro ym. 2005). Toinen esitteli vastaavat asiat kotihoitosta (Finne-Soveri ym. 2006). Neljän raportin sarja käsitteli RUG-III luokitukseen pohjautuvaa tuotteistusta (Heikkilä ym. 2012, Heikkilä ym. 2013, Heikkilä ym. 2013, Heikkilä ym. 2014).

THL:ssa RAI-aineistoja on yhdistetty kolmessa suurehkossa hankkeessa muihin tiedonkeruisiin (HoiToVa-, KILPA-hanke ja vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta). Vaikka vanhin aineisto kerättiin 2000-luvun alussa, siitä on tulossa vielä yksi väitöskirja. Keskimmaisesta aineistosta julkaistiin kolme suurehkoa raporttia Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttaminen (Syrjä 2010), Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen (Sinervo ym. 2010), Ikäihmisten asumispalvelujen järjestäminen (Taimio & Sinervo 2011) ja toistaiseksi viimeisimmästä joukko julkaisuja. Jälkimmäisimmän aineiston työstö on vielä kesken.

Kansainvälisissä vertaisarviointia käyttävissä Pubmedin huomioimissa lehdissä on EU-hankkeiden lisäksi julkaistu kolmisenkymmentä Suomen RAI-aineistoon perustuvaa artikkelia. Toimintaan osallistuvilla kunnilla ja organisaatioilla saattaa lisäksi olla omia julkaistuja analyyskejä.

Sähköinen tiedonkeruu ja tiedonsiirto

RAI-järjestelmän käyttö johtamisessa on ollut etupäässä toimijoiden oman aktiivisuuden varassa kuten Folkhälsanilla (Niemi ym. 2006) tai Helsingissä (RAI-indikaattoreiden käyttö tuloskortissa), mutta johtamisesta on tehty myös THL:n kanssa yhteisiä tutustumisen arvoisia julkaisuja (Vähäkangas ym. 2012).

Stakesin ja sittemmin THL:n roolina on ollut vertailukehittämiseen tarvittavien indikaattorien valinta ja vertailuarvojen laskeminen kahdesti vuodessa toimitettujen RAI-tietojen perusteella (kuvio 1). RAI-järjestelmän käyttö johtamisessa on ollut etupäässä toimijoiden oman aktiivisuuden varassa.

TAULUKKO 1. Väitöskirjat, kotimaiset suuret tutkimushankkeet ja RAI-raportit.

Kirjoittajat	Vuosi	Julkaisun nimi	Julkaisun tyyppi
Finne-Soveri H	2001	Daily pain in institutional long-term care	Väitöskirja
Björkgren M.	2002	Productivity in long-term care institutions	Väitöskirja
Laine J.	2005	Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta	Väitöskirja
Laakkonen, M-L.	2005	Advance care planning – Elderly patients’ preferences and practices in long-term care	Osajulkaisu väitöskirjassa
Kerttula A-M.	2007	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Finland: recent changes in the epidemiology, long-term facility aspects, and phenotypic and molecular detection of isolates	Osajulkaisu väitöskirjassa
Alanen H-M.	2007	Antipsychotic Use among Older persons in Long-Term Institutional and Home Care	Väitöskirja
Pekkarinen L	2008	The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents	Osajulkaisu väitöskirjassa
Vähäkangas P.	2010	Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa	Väitöskirja
Rummukainen M.	2013	Antimicrobial Use and Infections in Finnish Long-Term Care Facilities	Osajulkaisu väitöskirjassa

RAI-toiminnan juridinen perusta ja sopimukset

Juridinen perusta

RAI-arviointi on osa yksikön omaa hoito-, kuntoutus-, ja palvelutoimintaa ja arvioinnin dokumentaatio (tietokoneella) luokitellaan potilasasiakirjaksi (asukasasiakirjaksi). Sitä koskee samat salassapidon ja oikeellisuuden velvoitteet kuin muitakin hoitoon liittyviä kirjauksia. Koska RAI-arviointi on hoito-, kuntoutus-, ja palvelusuunnitelman oleellinen osa, siitä ei voi kieltäytyä.

Vaikka THL:lla on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää sosiaali- rekistereitä, Sosiaali- ja terveysministeriö on lisäksi tehnyt RAI-toimintaa koskevan erityispäätöksen tietojen luovuttamisesta Stakesiin, josta sittemmin tuli THL (STM 112/2006). Päätös on voimassa vuoden 2024 loppuun asti. RAI tiedoista syntyneeseen THL:n ylläpitämään tutkimusrekisteriin liittyy muutamia erityisehtoja kuten esimerkiksi rekisteriselosteen ylläpito ja yksittäisen asiakkaan salassapito. Lupaa on sittemmin vuosien varrella päivitetty ja tarkennettu tutkimusaineistojen yhdistämisen osalta.

Kansainväliset sopimukset

Kansainvälinen RAI-järjestelmän oikeudet omistava tutkijajärjestö interRAI on solminut Stakesin (sittemmin THL) kanssa sopimuksen, joka nimeää THL:n RAI-järjestelmän hallinnoijaksi Suomessa.

Kotimaiset sopimukset

THL solmii sopimuksen kaikkien RAI-järjestelmää käyttävien kuntien ja/tai palveluntuottajien kanssa. Sopimuksen oleellinen sisältö on se, että RAI-kysymysten sisältöä ei saa muuttaa ja että palvelun tuottaja sitoutuu huolehtimaan käyttäjien riittävästä koulutuksesta sekä se, että kopio RAI arvioinneista luovutetaan sähköisesti puolivuositain THL:een.

THL solmii sopimuksen myös RAI-järjestelmää hyödyntävien tietokonesovellusten tuottajien kanssa. Heidän tulee lisäksi solmia sopimus interRAI:n kanssa.

RAI-toiminnan tuloksellisuus

RAI-toiminnan tuloksellisuus riippuu siitä miten järjestelmää käytetään: ovatko arvioinnit oikein suoritettut, onko hoitosuunnitelma todellakin rakennettu tämän arvioinnin perusteella ja hyödynnetäänkö arvioinnista saatua tietoa kaikilla mahdollisilla toiminnan tasoilla omassa organisaatiossa ja kunnassa. Järjestelmä itsessään ei tee eikä tuota mitään ellei käyttäjä päättää sitä hyödyntää. RAI järjestelmää voisi verrata vaikka moottorisahaan. Jos käyttäjä päättää vetää narusta käynnistääkseen moottorin, sahaus sujuu tehokkaammin ja turvallisemmin kuin vanhalla pokasahalla. Jos käyttäjä sahaa edelleen pokasahan tavoin, järjestelmän hienouksista ei juuri ole hyötyä.

Merkittävää uutta

Merkittävimmät uudet jo kehitteillä tai testattavissa olevat suuremmat kokonaisuudet RAI-järjestelmässä ovat 1) omaishoitajaa koskeva arviointisarja (testattavana – tarjolla käännettäväksi todennäköisesti 2015 lopussa) 2) itsearviointia koskeva välinesarja (rakenteilla) 3) koettua hoidon laatua koskeva välinesarja (testattavana, osin käännetty suomeksi ja ruotsiksi).

RAI-toiminnan muut hyödyntämisen mahdollisuudet

RAI-järjestelmän käyttö johtamisessa on vielä kansallisella tasolla alkuvaiheessaan. Muutamat kunnat ja organisaatiot kuten Helsinki ja Folkhälsan ovat jo ottaneet RAI-tunnusluvut osaksi johtamisjärjestelmäänsä. Sen lisäksi, että RAI-järjestelmän tunnuslukuja voi hyödyntää **asiakkaiden hoidon ja huolenpidon laadun parantamiseen**, sitä voi hyödyntää myös **henkilötyövoiman kohdentamiseen, henkilöstön koulutustar-**

peen arvioimiseen ja osaamiskarttojen laatimiseen sekä SAS-toimintaan, samat luvut ovat hyödyllisiä kuntatasolla vanhuspalvelulain 5 § mukaisia kuntasuunnitelmia laadittaessa ja omaisneuvoston ja lautakuntien kanssa viritettäviin yhteisiin päämääriin pyrittäessä.

RAI – järjestelmän tietoja kannattaa mahdollisemman nopeasti ryhtyä käyttämään yhteistyössä KELAn kanssa esimerkiksi B- ja C- todistusten liitteinä. Teoriassa RAI-järjestelmän laaja käyttö mahdollistaisi todistuskäytäntöjen perinpohjaisen uusimisen, jolloin lääkäriyövoimaa vapautuisi todistusten kirjoittamisesta siihen mihin sitä kipeästi tarvitaan – potilastyöhön.

Vanhuspalvelulain edellyttämät omavalvontasuunnitelmat saavat runsaasti lihaa luittensa päälle RAI-tunnusluvuista – joiden avulla voi erheiden tai potilasvahinkojen sattuessa arvioida onko sattunut virhe satunnainen vai onko organisaatiolla hoidon laatuun liittyvä laajempi ongelma.

Eräissä muissa maissa on menty vielä pitemmälle. Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Kanadassa RAI-järjestelmän mielenterveysosiosta on lyhennetty ja toisaalta tarkennettu oma versiona oikeuslääketieteen käyttöön ja sitä sovelletaan oikeuspsykiatriassa seulonnessa ja vankimielisairaanhoidossa. Kanadassa on otettu laajamittaisesti käyttöön poliisin hyödynnettäväksi tarkoitettu lyhyt muutamien kysymysten sarja, jonka avulla kentällä toimiva poliisi voi erottaa ja tunnistaa lääketieteellistä mielen-terveysapua tarvitsevat henkilöt rikollisista tai muista häiriön aiheuttajista.

Uudessa Seelannissa sikäläistä RAI-tietokantaa käytetään pelastussuunnitelmissa pelastuslaitoksen tiedonlähteenä katastrofien sattuessa. Chistchurchin 6,3 momenttimagnitudin maanjäristys tuhosi rakennuksia suuressa osassa kaupunkia ja useita satoja ihmisiä oli kateissa tai kuoli. Kotona asuvien huonokuntoisten ja osin muistamattomien kotona asuvien vanhusten löytämiseksi ja pelastamiseksi käytettiin sikäläistä kotihoidon RAI-tietokantaa (suullinen tiedonanto: Nigel Millar, johtava lääkäri, Canterbury District Health Board).

Vielä lähes hyödyntämätön ulottuvuus on RAI-järjestelmän kansainvälisyys ja sen suoma etu vierastyövoiman käytössä hoitotyössä. RAI-järjestelmä tai sen osia on käännetty useille kielille (esimerkiksi venäjäksi) ja lukuisien kieliversioiden käyttö samassa tietokonesovelluksessa on arkipäivää monissa maissa. Meillä suomeksi ja ruotsiksi, mutta esimerkiksi Belgiassa, missä RAI-järjestelmä on käytettävissä kaikissa osissa maata ranskaksi, flaamiksi ja saksaksi, saman henkilön arviointia voi (tietosuojamääräysten salliessa) jatkaa äidinkielellään ja riippumatta asiakkaan olinpaikasta. Esimerkiksi englannin ja venäjänkielisen version hyödyntäminen maahanmuuttajien kouluttamisessa edistäisi hoidon suunnittelua ja yhteisten päämäärien löytämistä.

RAI tunnuslukuja on hyödynnetty alustavasti vanhuspalveluja koskevien hallituksen säästölinjausten arvioimisessa. Edellinen, toimintansa 2015 keväällä lopettanut hallitus linjasi vanhuspalveluihin 300 miljoonan euron kustannusten hillintätavoitteen vuoteen 2017 mennessä. RAI-järjestelmän tietojen avulla voitiin osoittaa, että säästötavoite oli realistinen eikä johtanut huonompaan kotihoitoon – osin päinvastoin (Finne-Soveri ym. 2014, Finne-Soveri ym. 2014).

Lopuksi

RAI-järjestelmä on ollut käytössä Suomessa 15 vuotta. Käyttö perustuu kunnan tai palveluntuottajaorganisaation vapaaehtoisuuteen ja joka vuosi ilmaantuu enemmän uusia käyttäjiä kuin käyttönsä lopettajia. Jotkut aiemmin lopettaneet palaavat uudeen RAI-järjestelmän käyttäjäksi.

Koska viralliset vanhuspalvelujen asiakasmäärät vuodelta 2014 selviävät vasta tämän kirjoittamisen jälkeen ja palvelurakenteen muutosvauhti on nopea, voidaan vain alustavasti arvioida vuoden 2015 alussa järjestelmän peittävyys olevan noin puolet laitoshoidosta, kolmasosa asumispalveluista ja noin kolmasosa kotihoidosta.

Tämän peittävyys nojalla kannattaa kuitenkin harkita RAI-järjestelmän kansallistamista. Se toisi lisää syvyyttä vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantaan ja turvaisi asiakkaiden tarpeiden näkyvyyden, kuulluksi tulemisen ja kohtelun tilanteessa, missä säästötalkoiden riskit kunnallisten ja valtakunnallisten virhepäätösten suhteen ovat kasvavat.

LÄHTEET

- Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes Raportteja 2006.
- Finne-Soveri H, Hammar T, Noro A. 2010. Measuring quality of long-term institutional care in Finland. *Eurohealth* 2010;16 (2):8-10.
- Finne-Soveri H, Mäkelä M, Noro A, Nurme P, Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa SLL 2014;50 – 52 (69): 3467 – 3473
- Finne-Soveri H, Mäkelä M, Tepponen M. 2014. Kotihoitoon on panostettava, jotta huonokuntoinenkin voi voida hyvin ja kuntoutua omassa kodissaan – Case Eksote. Tutkimuksesta tiivistä 25, marraskuu 2014. Terveys ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- Finne-Soveri H, Pohjola L, Keränen J, Raivio K. 2014. Pysyvästi aktivoivaan arkeen. InnoKusti-hanke2007-2010 ja miten sitten kävi. Raportti 30/2014
- Heikkilä, R; Gerasin, Ar; Sakki, J; Nieminen, J; Björkgren, M; Noro, A; Mäkelä, M; Finne-Soveri, H. 2012. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen - Yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. Raportteja THL 2012. URN_ISBN_978-952_245_730.pdf, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-730-1>
- Heikkilä, R, Noro, A, Asikainen, J, Björkgren M, Nieminen J, Tirronen A, Suojalehto E, Ripsaluoma J, Lumio J, Pulli M, Marjanmaa L, Finne-Soveri H. 2013. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III/34-luokituksen avulla – Tampereen kaupungin laitoshoido. Raportti 006. 2013. URN_ISBN_978-952 -<http://www.julkari.fi/handle/10024/104407>
- Heikkilä, R; Tirronen, A; Viitanen, B; Salonen, A-M; Björkgren, M; Noro, A, Asikainen J; Sakki J, Mäkelä M; Finne-Soveri H. 2013. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III/34-luokituksen avulla. Tehostettu palveluasuminen Tampereella. Raportteja 20 THL 2013. URN_ISBN_978-952 -http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110911/URN_ISBN_978-952-302-004-7.pdf?sequence=1
- Heikkilä R, Björkgren M Vesa, M, Viitanen B, Laine A, Taimi K, Noro, A, Mäkelä M, Asikainen J, Sohlman B, Hammar T, Mäkinen L, Andreassen P, Finne-Soveri H. 2014. Asiakasryhmittelyyn perustuva tuoteistus RUG-III/18-luokituksen avulla – Kotihoito Tampereella. THL Raportti 27. 2014 URN_ISBN_978-952- ... http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116771/URN_ISBN_978-952-302-309-3.pdf?sequence=1
- Niemi M, Emet E-M, Exell-Paakki K. 2010. RAI-benchmarking. Verktyg för ledarskap och utveck-

- ling. Best Practice på Folkhälsan. THL raportteja 18/2010
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U, Laine J, Vähäkangas P, Kerppilä S, Storbacka R. 2000. Rai tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI rspottti 1/2000. Aiheita 17. 2001. Löydettävissä: <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75997/Aiheita17-2001.pdf?sequence=1>
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus : RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes 2005
- Sinervo T, Noro A, Tynkkynen L-K, Sulander J ,Taimio H, Finne-Soveri H, Lilja R, Syrjä V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. THL Raportti 34/2010
- Syrjä V. 2010. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. THL Raportti 35/2010
- Taimio H & Sinervo T. 2011. Ikäihmisten asumispalvelujen järjestäminen; Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta,. THL Raportti 9/2011.
- Vähäkangas P, Björkgren M. Käyttöönottokoulutus. 2005. Kirjassa Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus (toim Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P.) Stakes Raportteja 2005:35-29.
- Löydettävissä <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1>
- Vähäkangas P, Niemelä K, Noro A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48. 2012

3.2 Hyvä vai huono Suomi

Harriet Finne-Soveri

Kansainvälinen vertailu – jäniksiä ja porkkanoitako?

Vanhustenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansainvälinen vertailu vie herkästi harhaan sillä eri maiden järjestelmät käyttävät usein samaa nimitystä täysin erilaisista valikoimista asiakkaita, jolloin päätytään vertailemaan keskenään vertailukelvottomia asiakasjoukkoja, jäniksiä ja porkkanoita. Esimerkiksi käsite vanhainkoti (“residential home”, “nursing home” tai “nursing facility”) voi pitää sisällään joukon lyhytaikaiseen kuntoutukseen tarkoitettuja osastoja, pysyvää asumista tai saattohoitoa (Saltman ym. 2006). Erilaiset pitkäaikaisasumisyksiköt puolestaan voivat olla hyväkuntoisten iäkkäiden asumista yhteisössä, missä siivousapua ja neuvontaa on saatavilla. Se voi olla muistioireisille järjestettyä hoivaa tai huonokuntoisten paljon apua tarvitsevien asumista. Kotihoidolle on kaikkiaan tyypillistä sekä maiden välisten että maiden sisäisten palvelujärjestelmien erilaisuus (Carpenter ym. 2004). Kotihoito on monissa maissa kuntien harteilla (esim. Ruotsi, Tanska, Englanti, Espanja ja Portugal) (Tarricone & Tsouros 2008). Se voi olla yhdistelmä sosiaalityötä ja erilaisia tukipalveluita, joista siten enemmän tai vähemmän irrallaan on sairaanhoidollinen alueellinen toiminta. Palvelujen integraatio onkin useissa kotihoitoa käsittelevissä kansainvälisissä artikkeleissa ilmoitettu ongelmaiseksi kehittämiskohteeksi (Genet ym. 2011). Palvelun nimike voi olla harhaanjohtava, jopa eufemismi, johon ei ole luottamista silloin kun halutaan vertailla hoidon, kuntoutuksen tai palvelujen vaikuttavuutta eri alueiden tai maiden kesken. Erinomaisena esimerkkinä nimikkeiden harhaanjohtavuudesta on viime vuosikymmenen ajan uskollisesti toistettu mantra Tanskan vanhushuolteen kyvystä hoitaa asiakkaansa kokonaan kotihoidossa. Näinhän ei kuitenkaan ole vaan kyse on ollut siitä, että laitoshoidosta luopumalla Tanskassa on vahvistettu asiakkaan asumisympäristöjä ja itsemääräämisoikeutta oman kotinsa tai asumisensa haltijana silloinkin kun kotona ei enää pärjätä. Erityisesti muistisairaat asuvat Tanskassakin vanhainkotia tai meikälaisittäin kuvattuna tehostettua palveluasumista vastaavissa yksiköissä; kyseessä on koko ajan ollut Tanskan luopuminen ”laitoshoidosta” siinä samassa hengessä, missä Suomessakin nykyisin vähennetään laitoshoidon. Vuonna 2014 Tanskassa asui 42 000 iäkästä henkilöä kotinsa sijasta tehostettua palveluasumista vastaavissa yksiköissä, joissa hoivaa ja huolenpitoa oli saatavilla 24 tuntia vuorokaudessa seitsemänä päivänä viikossa (Pedersen 2015).

Vertailu on mahdollista aina silloin kun ymmärretään olla vertaamatta keskenään jäniksiä ja porkkanoita. Kun salakarit – kuten asiakasrakenne ja terminologia – on kartoitettu ja otettu huomioon, voidaan tarkastella luotettavasti hoidon ja palvelujen järjestämistapojen, henkilöstön osaamisen ja maksujärjestelmien vaikuttavuutta asiakkaan ennusteeseen, hoidon laatuun ja kustannuksiin. RAI-instrumenttien käyttö

mahdollistaa erityisesti asiakasrakenteen käsitteellisen täsmentämisen yli valtakuntien rajojen ja sitä kautta voidaan ymmärtää keitä /millaisia henkilöitä missäkin hoidetaan ja onko hoidossa onnistuttu.

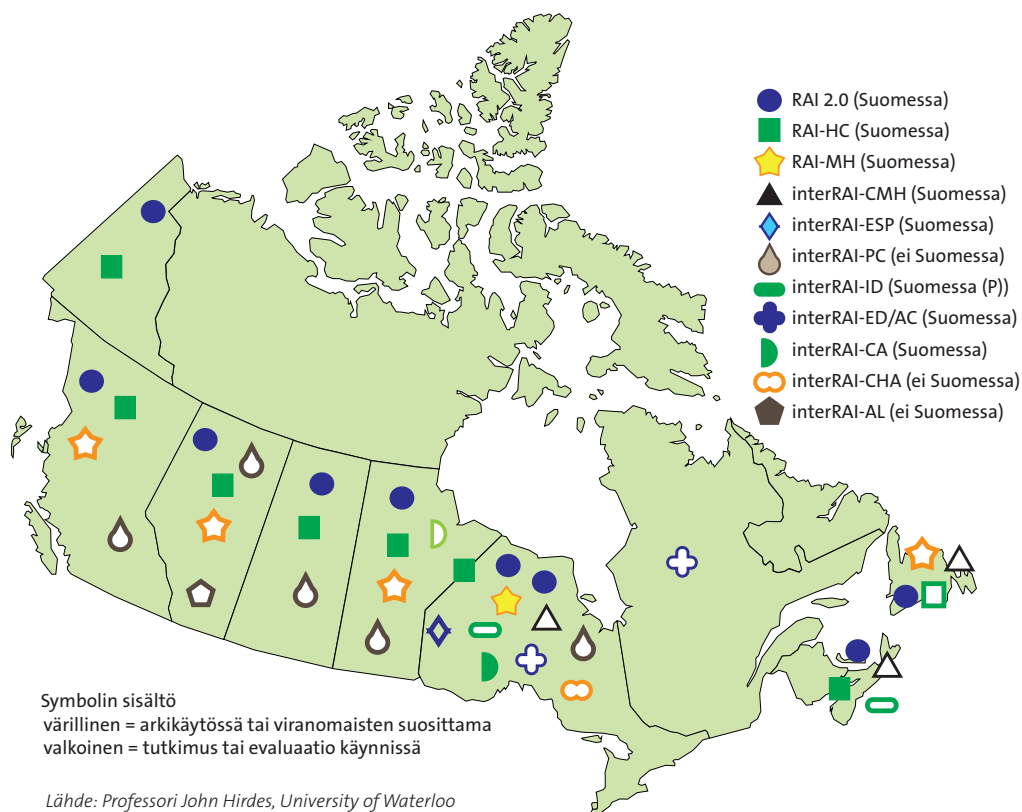
RAI maat

RAI-järjestelmää käyttävien maiden joukko on vuosien saatossa kasvanut hitaasti mutta varmasti. Käyttäjiä on kahdenlaisia, **tutkijat** ja **arkikäyttäjät**. Tutkijoiden joukossa on niitä, jotka haluavat kokeilla järjestelmän toimivuutta organisoimalla jonkin pitkäaikaiseen pilottihankkeeseen sekä niitä, jotka omaksuvat RAI-järjestelmän mitarit jotakin tiettyä tutkimuskysymystä tai -hanketta varten. Kun tutkimus on ohi, osa osallistujista lopettaa järjestelmän käytön. Arkikäyttäjät koostuvat puolestaan organisaatioista alueista tai maista, jotka omaksuvat RAI-järjestelmän osaksi toimintaansa. Tällaisia maita ovat esimerkiksi Belgia, Hongkong, Kanada, Uusi Seelanti, eräät Italian ja Espanjan maakunnat ja Yhdysvallat. Tavoitteena on näissä maissa parantaa asiakkaan tarpeiden arviointia ja hoitosuunnitelmia sekä perustaa hoidon laadun systemaattinen seuranta palvelujärjestelmän tueksi.

Kaikkiaan RAI-järjestelmää on käytetty tai käytetään 35 maailman maassa, joista lähes kaikki ovat hyvinvointivaltioita. Arkikäytössä RAI on noin 15 maassa. Lisäksi eräät ylikansalliset vanhuspalvelujen tuottajaorganisaatiot (esim. Bupa www.bupa-intl.com) käyttävät RAI järjestelmää useassa maassa, riippumatta siitä, onko muu maa sitoutunut järjestelmään vai ei.

Kuviossa 1 on esitetty interRAI instrumenttien käyttö osavaltioittain vuonna 2012 Kanadassa. Kuviosta ilmenee tyypillinen käyttöönotto: kaikissa osavaltioissa (lukuun ottamatta ranskankielistä) on käytössä laitoshoidon ja kotihoidon RAI- järjestelmä. Psykiatrisen sairaalahoidon RAI oli tuolloin laajimmin leviämässä yhdessä palliatiivisen hoidon RAI:n kanssa. Eniten RAI-järjestelmän instrumentteja oli käytössä Ontariossa ja vähiten Quebecissä. RAI-järjestelmä on ollut Ontariossa käytössä jo 1990-luvulta alkaen. Kanadassa Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tyyppisestä toiminnasta kuten terveydenhuollon seurannasta ja raportoinnista vastaa Canadian Institute for Health Informatics (CIHI www.cihi.ca).

Esimerkiksi Uuden Seelannin strategia vanhustenhuollon järjestämiseksi (www.healthitboard.health.govt.nz) sisältää sen johtavan ajatuksen, että iäkkäiden henkilöiden tarpeisiin vastataan niin yksilöllisesti kuin mahdollista. Koko palvelujärjestelmän keskiössä on iäkäs henkilö itse tarpeineen ja voimavaroineen ja palvelujärjestelmä on asettunut palveluvalmiudessa hänen ympärilleen. Tarpeet arvioidaan RAI-järjestelmää käyttäen samalla tavoin kaikilla Uuden Seelannin 20 hallinnollisella alueella.



LYHENTEET: RAI 2,0 = vanhusten laitoshoidon RAI, RAI-HC 2,0 = kotihoidon RAI
 RAI-MH = psykiatrisen sairaalahoidon RAI, interRAI-CMH= psykiatrisen avohoidon RAI
 interRAI-ESP = Psykiatrisen avohoidon RAI
 interRAI-PC = Palliativisen hoidon RAI
 interRAI-ID = kehitysvammasten RAI
 interRAI-ED/AC = akuuttihoito ja päivystyspoliklinikan RAI
 interRAI-CA = palvelujen seulontaan ja case management toiminnan RAI
 interRAI-CHA= avohoidon RAI
 interRAI-AL = senioriasumisen RAI

KUVIO 1. RAI-instrumenttien käyttö Kanadassa osavaltioittain 2012 .

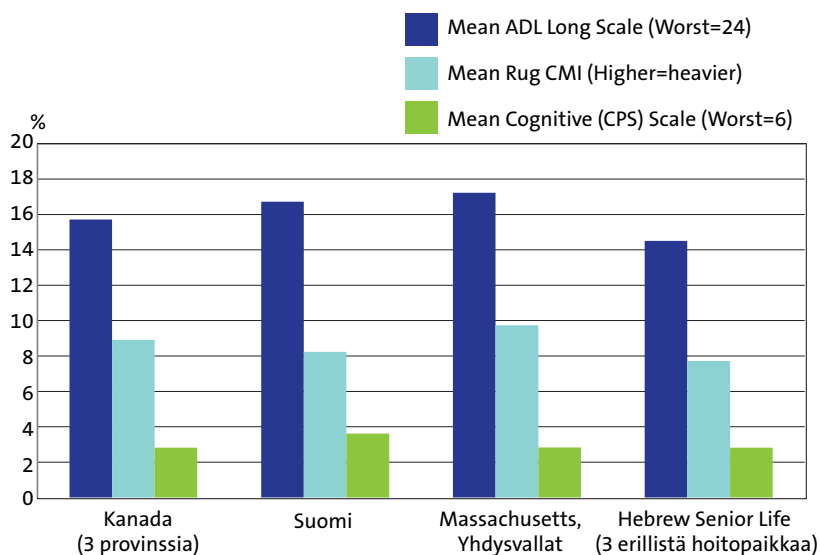
Belgian tapa järjestää ikääntyneiden palvelut RAI-järjestelmän avulla perustuu integraatioon jo sähköisistä palveluista alkaen. InterRAI arviot tallennetaan valtakunnallisesti samalle palvelimelle, minne jokaisella asiakasta hoitavalla on ammattinsa edellyttämä salasanalla suojattu pääsy. Arvioinnin voi avata millä tahansa Belgian virallisista kielistä (ranska flaami tai saksa) missä tahansa valtakunnan alueella. Asiakkaan palvelu ei riipu siitä missä osassa maata hän sattuu kulloinkin apua tarvitsemaan. Belgian integroituun RAI-järjestelmään on tätä kirjoitettaessa sisällytetty kotihoito, laitoshoido (asumispalvelut) kuntoutus ja akuuttihoito. Mielenterveys, palliativinen hoito ja kehitysvammaisten hoito ovat rakenteilla.

Esimerkkejä asiakasrakenteesta ja ammatillisesta hoidon laadusta

Suomi vastaan Pohjois-Amerikka – miten voi laitoshoidon laatu?

Vuonna 2012 pidetyssä vanhustenhuoltoa koskevassa kansainvälisessä seminaarissa Oulussa tarkasteltiin suomalaisen laitoshoidon laatua verrattuna kolmen Kanadan provinssin (Newfoundland, Nova Scotia, Ontario) ja Massachusetts-nimisen Yhdysvaltojen osavaltion vastaaviin tuloksiin. Mukana on yksi yhdysvaltalainen palveluntuottajaorganisaatio, Harvardin yliopiston yhteydessä toimiva opetusvanhainkoti, Hebrew Senior Life. Vertailuvuosi oli 2011 ja kuviot on laskenut ja laatinut kunkin alueen tietojen perusteella professori John Morris (Morris 2012.)

Kuvio 2 esittää vanhainkotien asiakasrakennetta arkisuoriutumisen, kognition vajauksen ja kustannuspainon näkökulmasta kolmessa maassa. Mukana on kaikki Massachusettsin tuona vuonna vakuutusjärjestelmän piirissä olleet vanhainkodit ja Kanadan kolmen provinssin kaikki vanhainkodit. Suomen otoksessa oli silloinen RAI-järjestelmää käyttänyt laitoshoido. Kuvio osoittaa että maiden väliset asiakasrakenteen erot olivat vuonna 2011 melko pienet siten, että Massachusettsin otoksessa korostui arkisuoriutumisen ja Suomen otoksessa kognition vaje. Kustannuspainot on lasket-



SELITTEET

ADL-long, päivittäiset toiminnot, asteikko 0-28, missä 28 on täysin autettava (Carpenter ym. 2006)

CPS, kognitiiviset toiminnot, asteikko 0-6, missä 6 on erittäin vaikea vaje (Morris ym. 1994)

RUG, Resource Utilization Groups, asteikko riippuu versiosta (Björkgren ym. 1999)

KUVIO 2. Arkisuoriutumisen ja kognition vaje (ka) sekä keskimääräinen kustannuspaino laitoshoidon asiakkailla kolmessa maassa ja yhdellä palveluntuottajalla vuonna 2011.

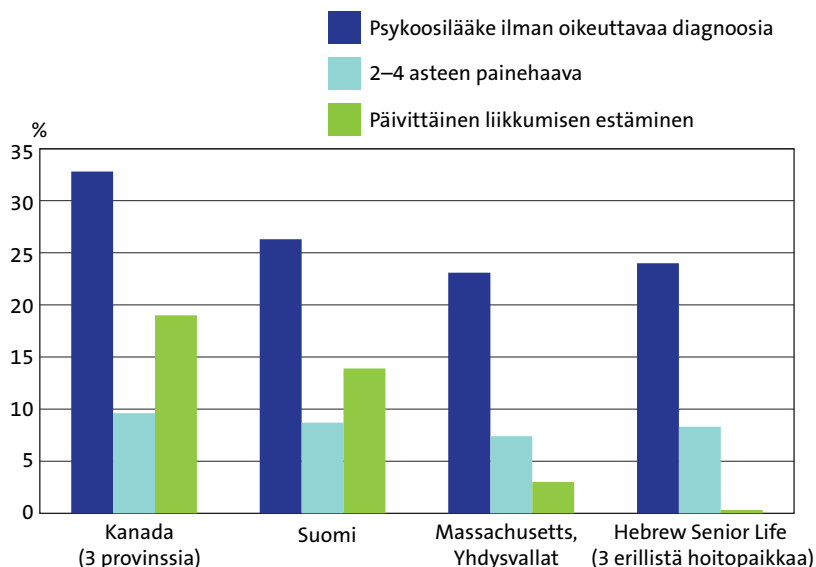
tu tuolloisen yhdysvaltalaisen kustannuspainon mukaan käyttäen RUG III luokitusta. Kuvion luettavuutta varten kunkin maan kustannuspaino on kerrottu kymmenellä.

Tarkasteltaessa hoidon laatua ja vaikuttavuutta kannattaa huomioida vain merkittävät erot.

Kuviosta 3 pakon käytössä ilmenee merkittävät erot vertailtujen maiden kesken. Psykoosilääkkeitä käytettiin Kanadassa huomattavasti enemmän kuin Suomessa tai Yhdysvalloissa silloin kun diagnoosi ei oikeuttaisi psykoosilääkkeiden käyttöön lainkaan. Luvuista on laskettu pois kaikki ne henkilöt, joiden diagnoosin perusteella voisi olettaa sairastaneen psykoosia. Jäljelle jääneillä psykoosilääkkeitä on käytetty todennäköisimmin muistisairauksien non-kognitiivisiin oireisiin (Behavioral and Psychologic Symptoms of Dementia, BPSD). Vaikka Suomen tulos ei olekaan paras, se on rohkaiseva. Vielä 2000-luvun alussa Suomen vanhainkodeissa psykoosilääkkeiden käyttö oli 40 % luokkaa ja Alanen väitöskirjassaan (2007) arvioi tuolloin Suomen vanhainkotien olleen maailman kärkipäätä tarpeettomien psykoosilääkkeiden käytössä.

Päivittäistä tuoliin sitomista vyöllä tai tarjottimen avulla harrastettiin sekä Suomessa että Kanadassa Massachusettsia useammin. Kun samalla tietää, että arviointia edeltäneen kuukauden aikana kaatuneita oli Suomessa ja Massachusettsissa yhtä suuri osuus (1 %), voidaan kysyä miksi Suomessa liikkumista estettiin lähes joka kuudennella asukkaalla, kun Yhdysvalloissa näin kävi vain alle neljälle prosentille.

Kuvio 3 antaa vihjetä myös realistisille tavoitteiden asetteluille; liikkumisen rajoittamisen vähentäminen on realistista ja päivittäisen rajoittamisen tavoitteen voi asettaa lähes nollaan turvallisuuden kärsimättä. Tämä edellyttää luonnollisesti turvallisuudesta huolehtimista ja riittävää henkilökuntaa.

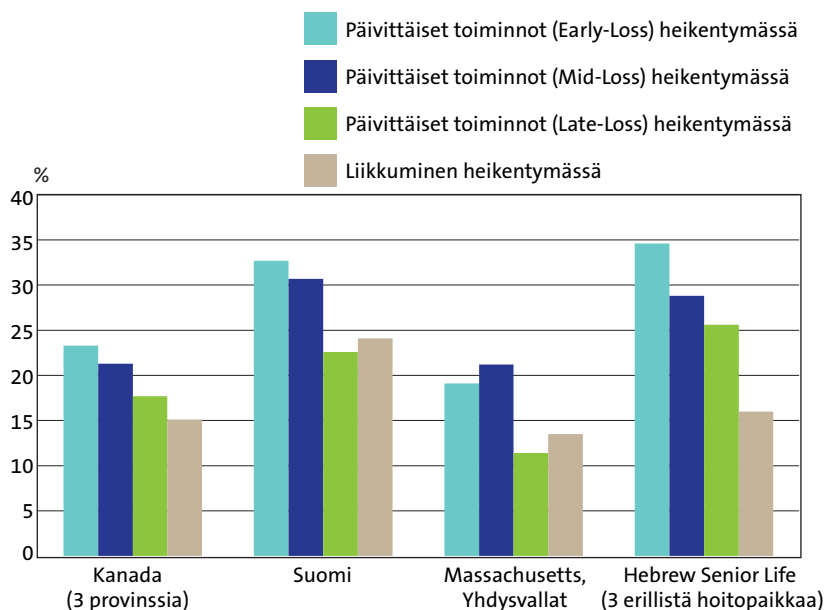


KUVIO 3. Fyysinen ja farmakologinen pakon käyttö (%) sekä 2–4 asteen painehaavat (%) kolmessa maassa ja yhdellä palveluntuottajalla vuonna 2011.

Painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon pitäisi kaikissa tarkastelluissa maissa kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Mitä on jäänyt ehkäisyssä huomioon ottamatta, kun ihon pinta on vanhainkodin asukkailla rikki keskimäärin 6-8 prosentilla maasta riippumatta?

Kuvio 4 puolestaan saattaa herättää enemmän kysymyksiä kuin antaa vastauksia. Mikä on katto/lattiaefektin (paras mahdollinen toimintakyky ei voi enää muuttua paremmaksi eikä huonoin mahdollinen huonommaksi) osuus toimintakyvyn muutoksissa? Toimintakyvyn laskun profiili näyttää eri maissa erilaiselle. Suomessa ja Massachusettsissa vähiten huononivat myöhään menetettävät toiminnot kun Kanadassa liikkuminen huononi vähiten. Mutta miksi suomalaisessa laitoshoidossa päivittäinen toimintakyky laskee eniten, olipa kyse sitten varhain, keskivaiheilla tai myöhään sairauden edetessä menetettävistä toiminnoista? Liittyykö suomalaiseen asiakasvalintaan joitain sellaisia piirteitä – esim. huono ennuste – joiden vuoksi vanhainkotiasukkaiden toimintakyky vääjäämättä heikkenee? Vai onko niin, kuten Pia Vähäkangas väitöskirjassaan epäilee, että kuntouttava hoitotyö alkaa liian myöhään ja kohdentuu liian huonokuntoisiin (Vähäkangas 2010). Vastaus toimintakyvyn laskuun saattaa löytyä myös henkilöstön osaamisesta ja määrästä mukaan lukien fysioterapeuttien osuuden. Se voi riippua toimintakulttuurista, asenteista, apuvälineistä ja asukkaiden terveydentilasta.

Kuvion 4 laatuindikaattorit kuvaavat ilmaantuvuutta. Se tarkoittaa, että luvut on laskettu vain niistä arvioinneista, joista on olemassa myös puoli vuotta aiemmin suoritettu arviointi.



KUVIO 4. Päivittäisten toimintojen heikentyminen kahden arvioinnin välisenä aikana laitoshoidon asiakkailla kolmessa maassa ja yhdellä palveluntuottajalla vuonna 2011.

Suomen kotihoidon laatu OECD vertailussa

Tämän kappaleen tiedot, kuvio 1 mukaan lukien, perustuvat OECD:n ja Euroopan unionin yhdessä vuonna 2012 julkaisemaan raporttiin A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality of long-term care (www.oecd.org). Kuvio 2 perustuu tästä julkaisusta varten tehtyyn aiemmin julkaisemattomaan esityöhön. Tässä OECD-julkaisussa esitellään laajasti RAI-järjestelmää ja sen avulla suoritettua vertailua.

Taulukkoon 1 on poimittu joitakin kotihoidon asiakasrakennetta kuvaavia tietoja viidestä maasta. Kotihoidon asiakaskunta oli kaikissa maissa naisvaltaista ja iäkkäitä. Valtaosa oli seitsemänkymmentä viisi vuotta täyttäneitä, Euroopan maissa neljä viidestä. Italian kotihoidon asiakkaat olivat sekä kognitioltaan että arksuoriutumisltaan muiden maiden asiakkaita huonokuntoisempia. Pohjois-Amerikassa (Ontario ja Michigan) olivat eurooppalaisia verrokkejaan nuorempia.

TAULUKKO 1. Kotihoidon asiakasrakennetietoja viidestä OECD-maasta vuonna 2011

	Kanada Ontario	Yhdysvallat Michigan	Suomi	Belgia	Italia
	%	%	%	%	%
Nainen	65,3	69,5	71,8	68,4	63,5
Ikäryhmä					
<65	17,5	25,9	9,5	5,6	8,2
65–74	14,9	21,4	13,3	16	11,1
75–84	34,2	31,1	39	48,5	37,4
85+	33,5	24,0	38,2	29,9	43,4
Diagnoosi					
Muistisairaus	19,3	25,1	29,9	15,62	33,5
Sydämen vajaatoiminta	11,4	30,6	19,5	9,9	25
Emfyseema/COPD	16,9	23,6	11,2	4,2	17
Diabetes	26,3	37,4	26,0	10,3	19
Syöpä	15,0	9,9	6,9	4,7	15,1
Aivohalvaus	17,0	22,5	8,2	12,3	15,8
Kognitio					
Normaali	44,4	33,2	35,0	41,5	24,2
Lievä vajoaus	44,2	40,3	37,6	27,3	27,3
Keskivaikea-vaikea vajoaus	7,3	15,9	21,8	20,9	14,0
Erittäin vaikea vajoaus	4,2	7,5	5,7	10,3	34,5
ADL					
Normaali	62,6	41,3	72,2	23,4	10,6
Lievä vajoaus	24,0	26,6	17,7	24,4	8,4
Keskivaikea-vaikea vajoaus	10,0	20,3	8,4	41,1	27,6
Erittäin vaikea vajoaus	3,4	9,6	1,8	11,1	53,5

Muistisairauden diagnoosi oli asetettu 16–33 prosentille ja aivohalvauksen 12–23 prosentille asiakkaista. Diabetes oli myös yleinen ja esiintyi 10–37 prosentilla. Pohdittavaksi jää, johtuiko maiden välinen diagnoosien vaihtelu havaitsematta jääneistä sairauksista vai todellisista asiakasvalinnan eroista. Esimerkiksi muistisairaus on diagnosoitu 16–34 prosentilla, kun kognition vaje esiintyi kuitenkin 56–76 prosentilla. Käytettävissä ei ole tietoa siitä, miten diagnooseihin on päädytty.

Taulukossa 2 on esitetty **huonokuntoisten** kotihoitoasiakkaiden vertailua. Taulukoon poimittu otos kuvaa ainoastaan niitä kotihoidon asiakkaita, joiden kognitio ja arkisuoriutuminen ovat huonoja. Muihin verrattuna suomalaisilla näyttäisi olleen kurottavaa kivun hallinnassa ja influenssarokotuksista huolehtimisessa. Belgiassa puolestaan oli työmaata kaatuilun, yksinäisyyden ja masennuksen hallinnassa ja Italiassa painehaavojen ehkäisyssä. Yksikään maista ei ollut selkeästi toisia parempi tai huonompi vaan kaikilta löytyi seitsemän valitun indikaattorin joukosta vahvempia ja heikompia laadun osa-alueita.

Kivun hallinta ja influenssarokotusten kattavuus oli suomalaisittain kehityskohdeena hyväkuntoisillakin. Toisin kuin huonokuntoisilla, Belgian ohella yksinäisyys – mutta ei masennus – vaivaa suomalaisia suomalaisia kotihoidon asiakkaita useammin kuin tässä esitettyjä verrokkeja.

TAULUKKO 2. Huonokuntoisten* kotihoitoasiakkaiden hoidon laatu seitsemän indikaattorin kuvaamana viidessä OECD-maasta vuonna 2011

	Kanada Ontario	Yhdysvallat Michigan	Suomi	Belgia	Italia
	%	%	%	%	%
Hallitsematon kipu	12,0	7,5	19,9	8,2	5,0
Kaatonut 3 kk aikana	39,7	28,9	34,4	41,8	14,5
Päivittäinen inkontinenssi	46,5	66,5	55,5	47,4	60,5
2–4 asteen painehaavat	3,2	7,9	3,7	1,2	27,1
Ei influenssarokotusta	27,0	26,4	29,2	21,2	11,8
Kokee yksinäisyyttä	9,4	15,3	27,0	28,6	10,1
Masennusepäily	22,0	21,2	25,9	36,7	31,5

*Huonokuntoisuus tarkoittaa henkilöitä, joiden hierarkkinen ADL on 3–6 asteikolla 0–6, missä 0 on toimintakykyinen ja 6 täysin autettava JA joiden kognitio on 3–6 asteikolla 0–6, missä 0 on normaali kognitio ja 6 on erittäin vaikea vaje.

TAULUKKO 3. Hyväkuntoisten* kotihoitoasiakkaiden hoidon laatu seitsemän indikaattorin kuvaamana viidessä OECD-maasta vuonna 2011

	Kanada Ontario	Yhdysvallat Michigan	Suomi	Belgia	Italia
	%	%	%	%	%
Hallitsematon kipu	17,5	11,5	19,5	11,8	5,1
Kaatunut 3 kk aikana	26,6	21,0	21,3	30,3	8,4
Päivittäinen inkontinenssi	10,2	28,6	12,9	21,38	9,5
2–4 asteen painehaavat	1,7	2,0	2,0	2,2	4,0
Ei influenssarokotusta	27,1	22,1	34,1	23,6	16,4
Kokee yksinäisyyttä	13,7	18,7	24,2	37,1	15,0
Masennusepäily	12,4	9,3	11,9	24,9	19,3

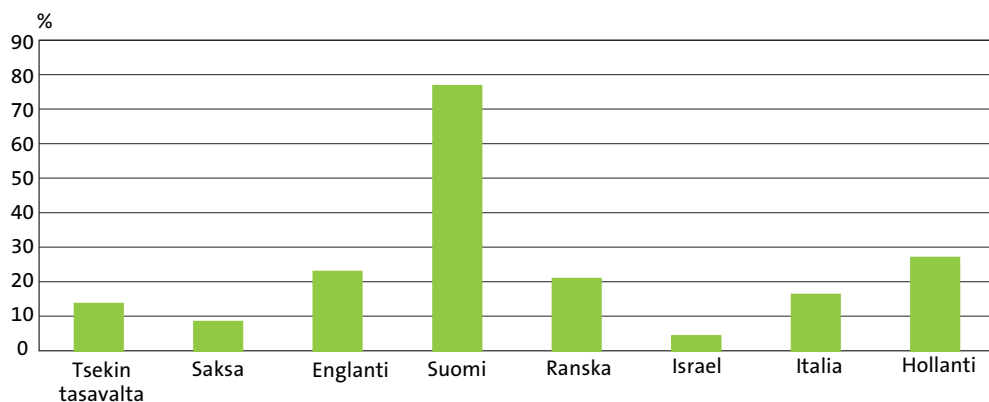
*Hyväkuntoisuus tarkoittaa henkilöitä, joiden hierarkkinen ADL on 0–2 asteikolla 0–6, missä 0 on toimintakykyinen ja 6 täysin autettava JA joiden kognitio on 0–2 asteikolla 0–6, missä 0 on normaali kognitio ja 6 on erittäin vaikea vajuus.

Suomi joidenkin EU-hankkeiden tuottamissa vertailuissa

RAI-toiminnan alkamisen jälkeen Stakes ja sittemmin THL on osallistunut kaikkiaan seitsemään EU-rahoitteiseen RAI-toimintaa hyödyntävään hankkeeseen, joista yksi on alkamassa, yksi käynnissä ja neljä päättynyt;

- Ad-HOC (Aged in the Home Care). Kesto 2001–2003. Osallistujat 11 Euroopan maata. Pääasiallisesti RAI-hanke.
- SHELTER (The Services and Health for Elderly in Long TERM care), Kesto 2009–2011. Osallistujat 7 Euroopan maata ja Israel. Pääasiallisesti RAI-hanke
- Interlinks (Health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care). Kesto 2008–2011. Osallistujat 6 Euroopan maata. RAI toimintaa hyödynnetty.
- ALCOVE (Alzheimer Cooperative valuation in Europe). Kesto 2010–2013. Osallistujat 8 Euroopan maata. RAI-toimintaa hyödynnetty.
- IBENC (Identifying best practices for care dependent elderly by benchmarking costs and outcomes of community care). Kesto 2013–2016. 6 Euroopan maata. Pääasiallisesti RAI-hanke.

Kahdessa EU-rahoitteisessa hankkeessa vertailtiin ammatillista hoidon laatua (Ad_HOC ja SHELTER). Molempien tulosten tulkinnassa kannattaa noudattaa varovaisuutta, koska otoksen suuruudesta huolimatta on muistettava että kumpakaakin otosta ei ole satunnaistettu ja maiden sisäisetkin alueiden erot ovat suuria. Ad-HOC-tutkimuksessa verrattiin 16 kotihoidon laadun indikaattoria 11 maan välillä. Suomen otoksessa ylettiin parhaaseen tulokseen 4/16 indikaattorin kohdalla. Nämä olivat 1) riittävien aterioiden järjestäminen ja 2) vähäisin painon lasku 3) nesteytys sekä 4) mieliala.



KUVIO 5. D-vitamiinin käyttö (%) 59 vanhainkodissa 7 Euroopan maassa ja Israelissa. SHELTER-tutkimus 2009–2011.

Yksi indikaattori –sosiaalinen eristyminen– oli vertailun heikoin (Bos ym. 2007.) Laitoshoidon vertailututkimuksessa (SHELTER) puolestaan tarkasteltiin 39 laadun indikaattoria. Näistä 5/39 oli Suomen otoksessa vertailun huonoimpia ja 8/39 vertailun parhaita. Heikoin tulos saavutettiin virtsainkontinenssin kaikissa kolmessa riskiryhmässä ja inkontinenssin pahenemisessa sekä liikkumisen huononemisessa. Paras tulos saavutettiin 1) ravitsemusletkujen vähäisessä käytössä 2) yleisesti painehaavojen vähäisessä esiintyvyydessä ja 3) korkean riskin potilailla erityisesti 3) aktivoivan hoidotyön runsaudessa 4) psykoosilääkkeiden vähäisessä käytössä korkean riskin asukkailla 5) vähäisessä painon laskussa 5) vähäisessä virtsakatetrien käytössä (Frijters ym. 2013.)

Suomalaisittain kehittämiskohteina aiemmin olleet psykoosilääkkeiden käyttö ja liikkumisen estäminen eivät tässä vertailussa nousseet ongelmiksi (Feng ym. 2009). Muutakin hyvää on. D-vitamiinin käyttö SHELTER-tutkimuksessa näyttäisi ainakin tutkimukseen osallistuneiden laitosten osalta olleen hyvällä tolalla verrokkeihin nähden (kuvio 5) (Finne-Soveri ym. 2012).

Pohdinta

Suomalainen vanhuspalvelujen laatu näyttää kansainvälisissä vertailuissa sijoittuvan jonnekin hyvän ja huonon keskivälille, mutta - varovasti arvioituna - kipuavan hiljaiseen paremmaksi. Koska tässä kappaleessa esitetyistä vertailuista vain osa on suoritettu edustaviin otoksiin perustuen, tulkinnoissa on noudatettava varovaisuutta. Suomi tarpeettomien psyykenlääkkeiden tyyssijana vaikuttaa olevan menneisyyttä ja hyvä ravitsemus sekä virikkeellinen arki nykyisyyttä, joskin kuntoutumisen ja voimaantumisen tuloksellisuutta jouduttanee vielä odottelemaan.

Kansainväliset vertailut vahvistavat sen, mitä kotimaan sisäisissäkin vertailuissa on tähän asti havaittu. Ammatillista hoidon laatua on yhtä mahdoton ilmaista yh-

dellä luvulla tai tarkastelemalla yhtä osa-aluetta, kuin muutakaan laatua. Ammatillinen hoidon laatu ja tuloksellisuus jakautuvat useaan osa-alueeseen jonka eri alueilla ollaan hyviä keskitasoisia tai huonoja. Palvelujen tuottajaorganisaatiot, jotka ovat hyviä kivun hoidossa ja painehaavojen ehkäisyssä eivät välttämättä hallitse virkistävän ja aktivoivan arjen tai kuntoutuksen järjestämistä ja päinvastoin. Mutta useimmista organisaatioista löytyy sekä hyvää että huonoa. Kuitenkin siten, että hyvä näyttää lisääntyvästi voittavan.

LÄHTEET

- Alanen H-M. Antipsychotic Use among Older persons in Long-Term Institutional and Home Care (Psykoosilääkkeiden käyttö vanhusten pitkäaikaisessa laitos- ja kotihoidossa). Acta Universitatis Tampereensis; 1275, Tampere University Press, Tampere 2007. ISBN 978-951-44-7137-7, ISSN 1455-1616. Väitöskirja ilmestyy myös sähköisenä sarjassa Acta Electronica Universitatis Tampereensis; 671, Tampereen yliopisto 2007. ISBN 978-951-44-7138-4, ISSN 1456-954X. <http://acta.uta.fi>
- Björkgren MA, Häkkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. 1999. Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish Long-Term Care Facilities. *Scandinavian Journal of Public Health* 27: 228–34
- Bos JT, Frijters DHM, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, Garms-Homolova V, Henrerd J-C, Jonsson PV, Sorbye L, Junggren G, Schroll G, Gambassi G, Bernabei R. Variations in quality of home care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Res.* 2007;19(4):323-9
- Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrerd JC, et al: Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res* 2004, 16:259-269
- Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, Gilgen R, Ikegami N, Mor V. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009 Mar 12
- Finne-Soveri H, Björkman M, Kubesova H, Fialová D, Topinková E, Gindin J, Onder G, Bernabei R for the SHELTER Project. Use of Vitamin D in European nursing homes. IAGG Congress, Prag 29-30 Aug. 2012
- Frijters DH, van der Roest HG, Carpenter IG, Finne-Soveri H, Henrerd JC, Chetrit A, Gindin J, Bernabei R. The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project) *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr 15;13(1):138
- Genet N, Boerma WGW, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, Melchiorre MG, Greco C, Devillé W, Home care in Europe: a systematic literature review Genet et al. *BMC Health Services Research* 2011, 11:207 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/207>
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V, Lipsitz L. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1994;49(4):M174-M182.
- Morris J. 2012. InterRAI database. Hebrew Senior Life, julkaisematon tieto
- Pedersen Eva. Head of Department. Ministry of Children, Gender equality, integration and social affairs, Denmark. Oral information at Sun-Life conference 16-17 April 2015 Nagoya, Japan
- Saltman RB, Dubois HF, Chawla M. The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses. *Int J Health Serv* 2006;36(4):719-46
- Tarricone R, Tsouros AD. The solid facts. Home care in Europe. WHO 2008
- Vähäkangas P. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Acta Universitatis Ouluensis D1060 2010
- www.bupa-intl.com
- www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Home/home/cihi000001
- <https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html#kunkin>
- www.healthitboard.health.govt.nz/our-programmes/common-clinical-information/comprehensive-clinical-assessment-aged-care-interrai
- www.oecd.org/els/health-systems/good-life-in-old-age.htm

Suomalainen vanhusten palvelu malliksi maailmalle

Matti Mäkelä

Suomalaista vanhustenhuoltoa tavataan mainita laitosvaltaiseksi (katso mm. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013)), vaikka iäkkäiden varsinaista pitkäaikaista laitoshuoltoa (pitkäaikaissairaaloissa ja vanhainkodeissa) on koko 2000-luvun ajan vähennetty (Noro ja Alastalo 2014). Viimeisimpien vertailutietojen valossa suomalainen vanhusten palvelurakenne onkin aika lähellä monien muiden kehittyneiden OECD-maiden rakennetta (OECD 2014).

Palvelurakenne kertoo palvelun laadusta hyvin vähän (OECD ja European Union 2013). Vanhuspalvelulain säätämisen myötä huomio kääntyy resursseista siihen, saavatko iäkkäät suomalaiset juuri sitä palvelua, jota tarvitsevat (980/2012) – toki ensi sijassa kotonaan, mutta ennen muuta tarpeidensa mukaisesti.

Vanhusten palveluiden kansainvälinen vertailu on turhauttavaa (OECD ja European Union 2013), eikä palkintoja jaeta. Vain yhtenäisesti käytetyt, asiakaslähtöiset laadun arviointimenetelmät, erityisesti RAI-järjestelmä, tarjoavat keinon selvittää, ovatko muutokset eri maissa tapahtuneet samalla tavoin. Yksi esimerkki on psykoosilääkkeiden käyttö muistisairailta. 2000-luvun alussa Suomessa niitä käytettiin enemmän kuin juuri missään muualla, mutta kymmenen vuotta myöhemmin käyttö on vähentynyt samalle tasolle kuin vertailumaissa (Alanen 2007, Foebel ym. 2014).

Meillä suomalaisilla on erinomaiset edellytykset kehittää iäkkään väestömme palvelut sellaisiksi, joista muiden kannattaa ottaa esimerkkiä.

Hyvin koulutettu väestö. Suomalaiset osaavat käyttää saatavilla olevaa tietoa oman hyvinvointinsa hyväksi. Vaikka iäkäs väestö onkin keskimäärin vähemmän koulutettua kuin nuorempi, eikä vanhimpien ikäluokkien tietotekniikan käyttötaito ole vielä laajaa, elämme hyvin pian yhteiskunnassa, jossa hyvinvointia edistävä tieto tavoittaa tehokkaasti koko väestön.

Korkeasti koulutettu ammattihenkilöstö. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamistaso on Suomessa yleisesti erittäin korkea. Myös geriatrinen ja gerontologinen osaaminen on ammattihenkilöstön keskuudessa laajaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toimivat ovat lyhyimmilläänkin saaneet varsin perusteellisen koulutuksen. Tällaisella ammattihenkilöstöllä on erinomaiset edellytykset omaksua hyvin perusteltuja, toimiviksi osoitettuja ja taidolla johdettuja käytäntöjä.

Onnistuneita kokemuksia hyvinvoinnin edistämisestä. Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on koko itsenäisyyden ajalta kertynyt loistavia kokemuksia siitä, että väestön hyvinvointiongelmien on mahdollista kääntää onnistumiksi. Tuberkuloosiepidemian hoito, lasten- ja äitiysneuvolat, sydän- ja verisuoniterveyden parantaminen, suun terveyden parannukset, liikennekuolemien vähentäminen ja itsemurhien vähentäminen ovat kaikki esimerkkejä siitä, että kokonaisvaltainen väestön osallisuus-

teen ja vahvaan ammattihenkilöstön osaamiseen nojaava toiminta saa aikaan suuria muutoksia hyvinvointimaisemassa. Nämä menestystarinat ovat paitsi esimerkki, jota seurata iäkkään väestön hyvinvointia edistettäessä, myös pohja sille, että tulevat iäkkäät ikäpolvet ovat paljon nykyisiä vanhusikäpolvia terveempiä.

Luottamus yhteiskunnallisiin toimintoihin ja perusteknologiaan. Suomalaiset käyttäytyvät niin kuin pohjimmiltaan uskoisivat yhteiskunnan toimivan. Laskut maksetaan ajallaan, veroja ei juuri vaivauduta välttelemään. Kaduilla on (pääasiassa) turvallista liikkuu, myös jalan ja julkisen liikenteen turvin. Kaupoista saatavat tuotteet ovat turvallisia. Sähkö, vesi, lämpö, rakennukset ja puhelimet toimivat luotettavasti ja jos eivät toimi, meillä on keinot puuttua siihen. Tämä perusluottamus tekee mahdolliseksi kuvitella ja kehittää myös ikäystävällistä asumista, siinäkin elämän vaiheessa kun ei enää osaa itse taistella omasta puolestaan.

Kansalaisten vahva perinne auttaa läheisiään. Omaisten ja ystävien auttaminen on suomalaisten keskuudessa yleistä, ja yhteiskuntamme pyrkii tukemaan sitä (Kehusmaa 2014, Mäkelä ym. 2012). Kun iäkkäitä on väestöstämme kasvava osa, ja heistä suurempi osa on myös toimintakykyisiä, on tämän auttamisresurssin käyttö keskeinen keino turvata myös paljon apua tarvitseville, hauraille ja raihnaille vanhuksille hyvä elämä.

Edistyksellinen iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluita koskeva lainsäädäntö ja muut ohjauskeinot. Vanhuspalvelulaki ja laatusuositukset lähtevät ensi sijassa avun tarpeesta. Tämä ei sinänsä ole erityisen edistyksellistä, sillä lähes kaikissa länsimaissa vanhusten palveluiden saamisen ehtona on tarpeiden arviointi (needs assessment) (OECD ja European Union 2013). Tämä on kuitenkin useimmiten toteutettu portinvartijamaisesti: palvelua saa, jos kriteerit täyttyvät. Suomalaisen normien edistysellisyttä ovat vaatimukset saada iäkkäät henkilöt itse osallisiksi palveluidensa suunnitteluun, saada monimutkaiset (myös sektorirajat ylittävät) palvelukokonaisuudet osaavasti yhteen sovitetuiksi, ja saada kuntoutumisen mahdollisuudet käyttöön. Huomio on haluttu siirtää palveluiden rakenteesta palvelujärjestelmän toimivuuteen ja tuloksellisuuteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio. Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestetty hyvin poikkeuksellisella tavalla, vahvojen itsenäisten kuntien vastuulle. Lähes kaikkialla muualla kunnat vastaavat kyllä sosiaalihuollosta, mutta terveyspalvelut järjestää jokin kuntaa huomattavasti laajempi organisaatio. Tuloksena on, että hauraiden, moniongelmaisten iäkkäiden ihmisten palveluiden koordinoiminen vaatii erilaisten intressien työstä yhteensovittamista. Suomessa on sosiaali- ja terveydenhuollon tulevan järjestämisuudistuksen jälkeenkin täysin mahdollista huolehtia vanhusten palveluiden hoitoketjujen eheydestä ja yhteistoiminnallisuudesta.

Mitä on tehtävä, että suomalaisesta vanhusten palvelusta todella olisi malliksi maailmalle?

Hyvät edellytykset eivät vielä takaa hyvää, tehokasta ja tuloksellista vanhustenhuoltoa. Toteutuksen yksityiskohdat ratkaisevat. Onko yhteen sovitettu palvelu sellaista, että asiakas saa sitä, mitä tarvitsee ja kalliit ja vaaralliset hoitopaikan vaihdokset vältetään (Leskelä ym. 2013)? Osataanko sairaalahoitoon joutunutta iäkästä hoitaa niin, että hänen toimintakykynsä säilyy (Jämsen ym. 2015)? Heikkeneekö vai paranee-

ko hoidon laatu, kun palveluiden painopiste siirtyy laitoshoidosta kotihoitoon (Finne-Soveri ym. 2014)? Löydetäänkö kuntoutumisen mahdollisuudet, ja toteutuvatko ne (Timonen ym. 2014)? Voidaanko oikea apu luvata myös, kun avun tarve äkillisesti kasvaa, ja voiko iäkäs henkilö ja hänen läheisensä luottaa lupaukseen? Tietääkö johtaja, miten hyvin hänen porukkansa on onnistunut tehtävässään siis osataanko palveluita ja niiden laatua johtaa? Onko järjestelmässä ohjausmekanismeja, jotka ohjaavat tavoittelemaan väärää tulosta, esimerkiksi osaoptimointia, ostopalvelun väärin asetettuja palvelutasovaatimuksia tai huonosti kohdennettuja valvontavaatimuksia?

Laatu on tehtävä näkyväksi. Jotta olisi mitään mahdollisuuksia asettua esikuvaksi, on kyettävä osoittamaan, että oma toiminta todella on hyvää. Pelkkä palveluiden rakennevertailu kertookin resursseista ja niiden kohdentamisesta, mutta ei osoita hyvää eikä huonoa laatua. Laadun osoittimien on oltava sellaisia, joiden voi hyvällä omallatunnolla väittää olevan merkityksellisiä, luotettavia ja vertailukelpoisia. RAI-järjestelmän laatuindikaattorit ovat jo osoittautuneet käyttökelpoisiksi hyvän laadun osoittimiksi (Finne-Soveri ym. 2014, Vähäkangas ja Niemelä 2015, Kärki ja Pentikäinen 2015, Kan ja Kuosmanen-Finér 2015). Näiden lisäksi on määriteltävä tuon uuden suomalaisen vanhusten palvelun keskeisiä palvelutasokäsitteitä ja niille luotettavasti seurattavissa olevia indikaattoreita. Hyviä ehdokkaita tällaisiksi ovat palveluketjun saumakohtien vasteajat (odottelu, viivyttely, passiivisuus), palvelun toteutumisen suunnitelman mukaisuus (tehtiinkö mitä luvattiin), kuntoutumistulokset (toimintakyvyn koheneminen kriisin jälkeen) ja kriisiherkkyys (kuinka usein joudutaan turvautumaan varasuunnitelmaan).

Johtamista on johdettava. Palvelu tapahtuu kasvotusten, apua tarvitsevan vanhuksen ja häntä auttavan ammattihenkilön kohtaamisessa. Siinä on ratkaisevaa, että ammattihenkilö kuuntelee asiakastaan, hän on asiansa osaava ja hänellä on aktiivinen, kuntoutumista edistävä työtapo. Nämä eivät kuitenkaan synny pelkästä peruskoulutuksesta, vaan auttamisen kulttuuri luodaan johtamalla. Niin lähijohtajalla kuin strategisellakin johtajalla on oltava mielessään, millaista palvelua hän haluaa porukkansa tuottavan, ja hänellä on oltava käsitys siitä, ollaanko siinä onnistumassa. Hän tarvitsee noita edellä kuvattuja laadun osoittimia, ja hänen on saatava joukkueensa uskomaan, että hyvällä työllä laatu on saavutettavissa.

Johtaminen vaatii rajaamista ja voimavarojen ohjaamista, ja palvelujen rakenne ratkaisee, missä voimavaroja on. Vaikka meillä olisi hyvä työkalut, jossa taitavat ammattihenkilöt tekevät parhaansa, meillä on tulevana vuosina pienempi määrä näitä ammattihenkilöitä auttamassa suurempaa joukkoa vanhoja ihmisiä. Johtajalla on oltava keinoja ja uskallusta käyttää esimerkiksi vanhainkotiin tai sairaalan kuntoutusyksikköön kotiutuneita työntekijöitä myös esimerkiksi kotihoidossa.

Laatueroista on kannettava vastuu. Jos vertailutieto kertoo, että työmme ei ole joltain osin hyvää, tieto on otettava todesta. Jos laatuero on merkityksellinen, on oltava valmius ryhtyä toimiin sen korjaamiseksi. Ja ennen kaikkea on oltava valmius antaa tieto avoimesti kaikkien käyttöön. Avoimesti saatava tieto lisää luottamusta ja parantaa tiedon laatua.

Hyvä käytäntö on otettava käyttöön. Yksi suomalaisista vahvuuksista on alueellisesti hajautettu mutta toiminnallisesti integroitu sosiaali- ja terveydenhuolto. Tämän vuoksi yksi alueellinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjä voi suhteellisen pienin ponnistuksin kehittää innovatiivisia käytäntöjä, eikä niitä tarvitse piilottaa muilta järjestäjiltä esimerkiksi oman kilpailuaseman turvaamiseksi. Siitä huolimatta suomalainen projektityö ei ole tähän mennessä kypsynyt laajamittaiseksi innovaatioiden käyttöönoton kulttuuriksi.

Tieto tehokäyttöön. Huolestuttava piirre suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltokeskustelussa on, että tietojärjestelmät nähdään pikemmin haittatekijöinä ja aikavarkaina kuin uuden toimintatavan ydinosana. Se kertonee, että tietojärjestelmät eivät ole täyttäneet niille asetettuja odotuksia. Vaikka sähköinen tiedonhallinta on Suomessa käytössä kaikkialla, eivät sen paremmin palvelutyötä tekevät, lähijohtajat kuin strategisetkaan johtajat eivät saa tietojärjestelmistä työlleen ja päätöksenteolleen tarvitsemaansa tukea. Syntipukkeja löytyy varmasti monia, mutta tämä ristiriita on ratkaistava. Vanhusten palvelu on asiakkaiden avun tarpeen monimutkaisuuden ja dynaamisuuden vuoksi erityisen riippuvainen tiedon yhteiskäyttöisyyden ja jalostamisen tekniikoista – ja nämä tekniikat on tehtävä sellaisiksi, että ne edistävät hyvää työtapaa kaikilla tasoilla. Yksi lupaava kehityssuunta on, että reaaliaikainen toiminnanohjaus on yhä useammassa kunnassa käytössä vanhusten palveluita johtamisessa.

LÄHTEET

- Alanen H. Antipsychotic Use among Older persons in Long-Term Institutional and Home Care. Tampere University Press, Tampere 2007.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 980/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- Finne-Soveri H, Mäkelä M, Noro A, Nurme P, Partanen S. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suom Lääkäril* 2014;69:3467-3473.
- Foebel AD, Liperoti R, Onder G, Finne-Soveri H, Herrard JC, Lukas A, Denkinger MD, Gambassi G, Bernabei R. Original Study: Use of Antipsychotic Drugs Among Residents With Dementia in European Long-Term Care Facilities: Results From the SHELTER Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15:911-917.
- Jämsen E, Kerminen H, Strandberg T, Valvanne J. Kuntautui paranee, mutta potilas ei - Sairaalaohitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suom Lääkäril* 2015;70:977-983.
- Kan S, Kuosmanen-Finér R. RAI johtamisen ja kehittämisen tukena Kustaankartanossa. Teoksessa Heikkilä R, Mäkelä M. (toim.) Juhlakirja Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL, Helsinki 2015.
- Kärki J, Pentikäinen K. Kuntoutumista edistävä toiminta. Teoksessa Heikkilä R, Mäkelä M. (toim.) Juhlakirja Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL, Helsinki 2015.
- Kehusmaa S. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Kela, Helsinki 2014. <http://hdl.handle.net/10138/135650>.
- Leskelä R, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haaverinen A, Olli S, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68:3163-3169.
- Mäkelä M, Vilkkio A, Blomgren J, Sainio P, Koskinen S, Noro A. Avun antaminen. Teoksessa Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL, Helsinki 2012.
- Noro A, Alastalo H. (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta - Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL, Helsinki 2014. <http://www.julkari.fi/handle/10024/116151>.
- OECD. OECD Health Data: Long-term care resources and utilisation. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014. <http://www.oecd-ilibrary.org/jsessionid=7jsm9oaf1b7eo.x-oecd-live-03content/data/data-00543-en>.

- OECD, European Union. A Good Life in Old Age? Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>.
- Timonen K, West R, Riusala A. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmanneksen. *Suom Lääkäril* 2014;69:1163-1164.
- Vähäkangas P, Niemelä K. Vuodeosastoista aktiiviseen asumiseen. Teoksessa Heikkilä R, Mäkelä M. (toim.) Juhlakirja Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL, Helsinki 2015.